

FoU-RAPPORT

Helseparty fra konsept til praksis

Rapport av følgeforskning på kvinnenettverket Noors pilotprosjekt «Kvinnehelse i Nordland - empowerment gjennom helsefremmende allmenndannelse»

Yan Zhao

Nord universitet
FoU-rapport nr. 17
Bodø 2017

Helseparty fra konsept til praksis

Rapport av følgeforskning på kvinnenettverket Noors
pilotprosjekt «Kvinnehelse i Nordland -
empowerment gjennom helsefremmende
allmenndannelse»

Yan Zhao

Nord universitet
FoU-rapport nr. 17
ISBN 978-82-7456-777-1
ISSN 2535-2733
Bodø 2017



NORD
universitet

Godkjenning av dekan

Tittel: Helseparty from konsept til praksis – rapport av følgeforskning på Kvinnenettverket Noors pilotprosjekt «Kvinnehelse i Nordland – Empowerment gjennom helsefremmende allmenndannelse».	Offentlig tilgjengelig: Ja	Publikasjonsnr. 17
	ISBN 978-82-7456-777-1	ISSN 2535-2733
	Antall sider og bilag:	Dato: 16.11.2017
Forfatter(e) / prosjektmedarbeider(e): Yan Zhao	Prosjektansvarlig (sign). <i>Zhao Yan.</i>	
	Dekan (sign). <i>HAUGS (HOMMESTEN)</i>	
Prosjekt: En følgeforskning på Kvinnenettverket Noors pilotprosjekt «Kvinnehelse i Nordland – Empowerment gjennom helsefremmende	Oppdragsgiver(e) Kvinnenettverket Noor	
	Oppdragsgivers referanse	
Sammendrag: Rapporten er bygd på følgeforskningen på Kvinnenettverket Noors pilotprosjekt om helseparty – en ny modell for formidling av helseinformasjon og– kunnskap. Følgeforskningen analyserer gjennomføring av helsepartyene, med problemstillingen <i>hvordan helsepartyene fungerer i praksis i forhold til modellens design</i> . Studien er hovedsakelig basert på deltakende observasjoner og kvalitative intervjuer.	Emneord: Helseparty, migrasjon og helse, helsefremmende og forebyggende arbeid, health literacy, enactment,	
Summary: This report is the result of an explorative formative dialogue research on health parties, designed by Kvinnenettverket Noor as a new model for preventative health programs and health promotion towards the migrant women. The study explores how the model health parties were enacted into practice and how it works in relation to the model's design. The report is mainly based on participant observations and qualitative interviews.	Keywords: Health parties, Migration and health, health promotion, health literacy, enactment	

Innholdsfortegnelse

Forord.....	5
Kapittel 1 Innledning	6
1.1 Kvinnenettverket NOOR og dets helseprosjekt.....	6
1.2 En følgeforskning om helseparty.....	9
1.3 Health Literacy og Helseparty	10
1.4. Forskningsspørsmål og mål	13
Kapittel 2 Forskningsmetode.....	15
2.1 En kort metodiske drøfting av følgeforskning	15
2.2 valg av forskningsmetode.....	15
2.3 Datainnsamling.....	17
2.4 Refleksjon rundt min egen posisjonering.....	21
2.5 Forskningsetikk.....	22
Kapittel 3 En rask gjennomgang av de observerte helsepartiene og teoretisk perspektiv	23
3.1 En rask gjennomgang av de syv observerte helsepartiene.....	23
3.2. ANT som Teoretisk Perspektiv.....	28
Kapittel 4 Empiri og analyse	30
4.1 Karlegging av aktørene.....	31
4.1.1 Hvem deltar på helsepartyet? De menneskelige aktørene.....	31
Ressurspersoner:	31
Verten	32
Gjestene	33
Kvinnenettverket NOOR	34
4.1.2 Objekter som ikke-menneskelig aktør i gjennomføring av helseparty	35
4.2 Et party, ulike formål – Motivasjon og formål av deltakerne	39
Ressurspersonenes motivasjoner for deltakelse på helsepartyet	39
Vertenes motivasjon bak helseparty	39
Gjestenes motivasjon til deltakelse av helseparty	47
4.3 Nytteverdi av helseparty	49
4.4 Er ressursperson med minoritetsbakgrunn en fordel?	52
4.5 Et eksempel av vellykket helseparty	58
4.6 Kort oppsummering:	60
Kapittel 5 Konklusjon og veien videre	61
5.1 Et helseparty, mange formål og flere gode effekter	61
5.2 En sterk tilstedeværelse av organisasjonene, og helseparty bør 'privatiseres'	62

5.3 Verten har en viktig rolle i planlegging og gjennomføringsprosesser	63
5.4 Helseparty eller «helse» + «party»?	64
5.5 Viktig å samle og dele erfaringene	65
Oppsummering (Abstrakt):.....	66
Litteratur:	67
Vedlegg 1: Prosjektbeskrivelse.....	69
Vedlegg 2, Noors brosjyre om helseparty	75
Vedlegg 3: Intervjuguide partyvertinner	76

Forord

Denne rapporten er et resultat av følgeforskningen på Kvinnenettverket Noors pilotprosjekt om helseparty, en ny modell for formidling av helseinformasjon og– kunnskap. En stor takk til alle dere som var med på helsepartyene jeg observerte, vertene, ressurspersonene og ikke minst gjestene. Takk til dere for å ha inkludert meg i disse helsepartyene, og takk for å ha delt deres erfaringer med meg. Jeg vil også rette en spesiell takk til mine informanter, som stilte seg til rådighet i intervjuene med meg.

Selv om det er jeg som utførte følgeforskningen, har mange ved Nord universitet bidratt til dette arbeidet. Jeg vil takke Professor Trude Gjernes og mine kollegaer på forskergruppen KEL – Kjønn, Etnisitet og Likestilling for faglig innspill og kommentarene på utkastene underveis.

Sist men ikke minst vil jeg takke Kvinnenettverket Noor som ga meg mulighet til å gjennomføre følgeforskningen som har vært givende og interessant å arbeide med. Takk for tilliten og oppdraget!

Bodø, den 12. November 2017

Yan Zhao

Kapittel 1 Innledning

1.1 Kvinnenettverket NOOR og dets helseprosjekt

Kvinnenettverket NOOR (heretter kalt NOOR) er en frivillig organisasjon i Nord-Norge med hovedbase i Bodø, Nordland. NOOR ble stiftet i 2013, og dets mål er å styrke kvinner i det norske samfunnet, med hovedfokus på kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn. I november 2014 fikk NOOR en bevilgning på 700 000 NOK fra Extrastiftelsen for å kjøre et årlig brukerstyrt pilotprosjekt «*Kvinnehelse i Nordland – Empowerment gjennom helsefremmende allmenndannelse*». «Helsefremmende allmenndannelse» er norsk oversettelse av det engelske begrepet *health literacy*¹ som internasjonalt har vært mye anvendt i arbeid og forskning om folkehelse, men som ikke har fått like mye oppmerksomhet i Norge (Nutbeam, 2000; Sørensen et al., 2012; Finbråten and Pettersen, 2012; Kickbusch et al., 2013). Begrepet skal redegjøres for i detalj senere i dette kapittelet, men en allment anerkjent definisjon av begrepet er «personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse» (Nutbeam, 2000 i Finbråten og Pettersen, 2012). Kort fortalt går prosjektet ut på å forbedre individers kunnskap om helse, og evne til å anvende dette i sin hverdag. I tillegg understreker NOOR viktigheten av å få god informasjon og kunnskap om det norske helsesystemet, og ulike helsetilbud fra offentlige sektor. Prosjektets målgruppe er primært kvinner med innvandringsbakgrunn som bosetter seg i Nordland.

NOOR begrunnet prosjektet med å referere til Helsedirektoratets rapport fra 2009 «Migrasjon og helse – utfordringer og utviklingstrekk», som konkluderte med at innvandreres helsetilstand generelt er dårligere enn helsetilstanden til resten av befolkningen (Forland, 2009). Forskning viser også at denne befolkningsgruppen er mer utsatt for visse sykdommer og helseproblemer, bl. a. diabetes, HIV, Hepatitt B, Tuberkuloses, mangel på Vitamin D og psykiske plager i form av angst og depresjon (Spilker et al. 2009). I følge NOOR er forklaringer på dette tosidig. På den ene side er det manglende informasjon

¹ Det har vært uenighet om norsk oversettelse av *health literacy*. I tillegg til «helsefremmede allmenndannelse» som NOOR bruker i sitt prosjekt, fins det flere alternative oversettelser: helserelatert kompetanse, helselitterasitet, helseinformasjonsforståelse og helsekyndighet (Spilker, 2016). I denne rapporten velger jeg å bruke begrepet på engelsk.

om helse i målgruppa. Denne antakelsen har ifølge NOOR en direkte sammenheng med begrepet health literacy, og støttes av forskning nasjonalt og internasjonalt, hvor det blir dokumentert at innvandrerbefolkningens problemer, risiko og utfordringer knyttet til helse kan forklares med lav health literacy (Finbråten and Pettersen, 2012; Kickbusch et al., 2013). På den andre side har offentlige helsetjenester lite fokus på forebyggende arbeid rettet mot målgruppen. De forebyggende helsetiltak og tilbud som mange kommuner og fylkeskommuner har når ikke fram målgruppen og deres behov, og interesse ivaretas i lite tilstrekkelig grad. I denne sammenheng anså NOOR dette prosjektet som et alternativt helsetiltak som er målrettet mot innvandrerbefolkningen i Nordland. Som en kvinneorganisasjon valgte de å fokusere på kvinner (se vedlegg 1, NOORs prosjektbeskrivelse).

I prosjektet utviklet NOOR en ny modell for formidling av helseinformasjon og– kunnskap. Modellen kalles **Helseparty**, og var inspirert av «Tupperware-konseptet». Idéen er at en person (vert) inviterer venner, familie, og bekjente til et party, hvor målet, i tillegg til det å være en sosial begivenhet, er å få informasjon om ett eller flere helserelaterte tema som er valgt av verten og gjestene. Avhengig av valgte tema skal to ressurspersoner, dvs. fagpersoner med relevant kompetanse, også inviteres til partyet for å gi helseinformasjon og dele sin kunnskap med de andre deltakere. For å bruke en metafor fra «Tupperware-konseptet», er ressurspersoner «forhandlere» som skal «selge» helsekunnskap til partygjestene. Helsepartyet er koordinert av en koordinator i prosjektet.

I søknaden skrev NOOR også at de ville etablere et ressursteam med bred kompetanse innenfor helse- og sosialfag. De ønsket å rekruttere følgende profesjoner til teamet: lege, gynekolog, sykepleier, psykolog, barnevernspedagog osv. Videre skrev NOOR at det er ønskelig at ressursteamet skal bestå av kvinner, gjerne med etnisk minoritetsbakgrunn. Med dette ønsket NOOR å sette søkelyset ikke bare på faglig kompetanse, men også på flerkulturell forståelse og kompetanse. NOOR argumenterte for at når flere fagpersoner har etnisk minoritetsbakgrunn vil sjansen for å kommunisere på et annet språk øke. Noor ønsket også å involvere kommuner, helseorganisasjoner, foreninger og støttegrupper i prosjektet, i den hensikt å styrke mangfold og minoritetsperspektiv i sitt arbeid (se vedlegg 1, NOORs prosjektbeskrivelse).

Illustrasjonsbilde av et helseparty:



Tema for helsepartyene, som fortalt tidligere, blir bestemt av verten og partygjestene. I prosjektet settes imidlertid det opp disse fokustemaene²:

- Psykisk helse:
For eks. angstlidelser, depresjoner, diskriminering, rus osv.
- Livsstilsrelaterte lidelser:
For eks. diabetes, hjerte og karsykdommer, fysisk helse, kosthold osv.
- Familie og relasjoner:
For eks. barneoppdragelse/barnevern, allergi og astma, livreddende førstehjelp, homofili, vold i nære relasjoner osv.
- Kvinnehelse:
For eks. seksuell helse, svangerskap, fødsel og prevensjon, gynekologisk undersøkelse, stoffskifte, overgangsalder osv.
- Det norske helsesystemet:
For eks. helsesøster i skole, fastlegeordning, NAV osv.

(Se vedlegg 2, NOORs brosjyre om helseparty)

² Disse fokustemaene er valgt av prosjektets styringsgruppe som består av samarbeidskommuner (Bodø kommune og Fauske kommune), NAKMI (Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse), samt innvandrersamfunnene som var samarbeidspartnere i prosjektet.

Samarbeidspartnerne i prosjektet inkluderte Organisasjon mot offentlig diskriminering (OMOD), Bodø kommune, Nasjonal kompetanseenhet for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI), Diabetesforbundet, Asma og allergiforbundet, Filippinske foreningen i Bodø (FUB), Norsk-Russisk forening, og Somalisk forening i Bodø. I tillegg til Extrastiftelsen er prosjektet delvis finansiert av Nordland fylkeskommune og Bodø kommune. Etter planen skulle prosjektet gjennomføres fra jan. 2015 til jan. 2016. Men i praksis ble prosjektperioden utvidet til 2 år, og ble avsluttet i slutten av 2016.

1.2 En følgeforskning om helseparty

I mars 2015 fikk jeg en henvendelse fra prosjektlederen ved Kvinnenettverket Noor om hvorvidt jeg var interessert i å gjøre en følgeforskning av helseparty. I prosjektsøknaden hadde NOOR argumentert for at et helseparty er en ny og effektiv metode for målrettet helsefremmede arbeid og formidling av helseinformasjon og– kunnskap til målgruppa, dvs. kvinner med innvandringsbakgrunn. Med følgeforskningen ønsket de å få kunnskap om hvordan metoden fungerte i praksis. Hva kan vi lære fra de gjennomførte helsepartyene? Idéen om en slik følgeforskning traff min forskningsinteresse og kompetanse godt. Min tidligere forskning har hatt fokus på migrasjon, etniske relasjoner og kjønn. I tillegg jobber jeg med sosialt arbeid ved Nord universitet, og mye av min undervisning dekker migrasjonstematikk og særlig temaene integrering/inkludering, minoritetsperspektiv, flerkulturell kompetanse og brukermedvirkning i tjenesteyting. Som forsker så jeg et stort forskningspotensiale i prosjektet, og i konseptet helseparty. Følgeforskning på helseparty ville gi meg tilgang til et unikt datasett som belyser etniske relasjoner, brukermedvirkning og flerkulturell tjenesteyting i en helt annen sosial setting. I tillegg har konseptet helseparty en verdi innen innovasjonstenkning i forhold til velferdsorganisering og hvilken rolle en frivillig organisasjon som NOOR kan spille i tjenesteyting. Hvilke relasjoner kan utfolde seg når offentlig aktører, brukerorganisasjoner og innvandrerorganisasjoner møtes i dette prosjektet?

Til tross for min store interesse og nysgjerrighet måtte jeg ta meg en lang betenkingsrunde for å kunne svare ja. Det er flere grunner til dette. Den første omhandlet min posisjon som forsker i prosjektet og i følgeforskningen. På det tidspunktet satt jeg i styret av NOOR, i

tillegg til at jeg var med å etablere organisasjonen. Var jeg for nær studiesubjektet, så nær at jeg kunne miste mitt kritisk blikk? Dette er både et metodisk og etisk spørsmål som vil redegjøres for i kapittel 2. Når jeg til slutt valgte å si ja, var det hovedsakelig fordi jeg ikke var involvert i helseprosjektet selv om jeg var styremedlem. Mitt hovedansvar i NOOR var økonomi, noe som i praksis ligner mer på en kasserer. Det var en egen arbeidsgruppe utenfor styret som jobbet med utvikling og organisering av prosjektet. I tillegg er prosjektet administrert av OMOD, slik at jeg ikke hadde økonomiansvar for dette prosjektet. Følgforskningen er finansiert av NOOR (via OMOD) og Nord Universitet.

1.3 Health Literacy og Helseparty

Som tidligere nevnt er utgangspunktet til NOORs helseprosjekt at innvandrere generelt sett har dårligere helsetilstand enn resten av befolkningen, og at de er mer utsatt for visse sykdommer og helseplager (Forland, 2009; Spilker et al. 2009). En av NOORs forklaringer på dette er at denne befolkningsgruppen mangler relevant informasjon, både om helse og helsesystemet. Det var i denne sammenhengen at NOOR adopterte begrepet «health literacy», og de argumenterte for at helsepartyer kan bidra til forbedring eller styrking av målgruppas «health literac»'.

Begrepet «health literacy» ble først introdusert på 1960-tallet, og la vekt på evnen til å forstå ord og tall i en medisinsk kontekst, dvs. pasienter må kunne bruke «adequate literacy skills» for å forstå helserelaterte materiale, som for eks. resepter, timekort, medisinske etiketter, bruksanvisninger, og instruksjon for helseomsorg hjemme osv. (Parker et al., 1995; Ad Hoc Committee on Health Literacy, 1999; Nutbeam, 2000). I senere tid har begrepet blitt mye anvendt i arbeidet for folkehelse (public health). WHO og helsemyndigheter i mange europeiske land anser «promoting health literacy» som et viktig mål for helsefremmende arbeid (WHO, 2009; Kickbusch et al., 2013). Fokuset blir også byttet ut med å belyse interaksjonen og dynamikken mellom individuelle ferdigheter og helsesystemers komplekse krav (Nutbeam, 1998, 2000; Sørensen et al., 2012; Spilker 2016). I tråd med WHOs målsetting, har begrepet fått viss popularitet i offentlig diskurs om helsefremmende og forebyggende arbeid i mange europeiske land, i tillegg til USA, Canada og Australia. «Health literacy» er fremdeles et ganske nytt begrep i Norge. Hanne S. Finbråten og Kjell S.

Pettersen, som har introdusert begrepet til det norsk publikum oversatte «health literacy» til *helsefremmende allmenndannelse* (Finbråten og Pettersen, 2009, 2012). Det fins imidlertid flere alternative oversettelser av begrepet: *helserelatert kompetanse*, *helseliterasitet*, *helseinformasjonsforståelse* og *helsekyndighet* (Spilker, 2016). Men hva betyr egentlig health literacy?

Jeg har også introdusert den mest anerkjente definisjon av health literacy, som refererer til "en persons kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividents motivasjon og evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse" (Nutbeam, 1998). Ifølge denne definisjonen handler begrepet ikke kun om å få tilgang til helserelatert informasjon, men også om forståelse og bruk av denne informasjonen i individenes egen kontekst. Det dreier seg ikke om hvor mye informasjon man skal ha fått, men om utvikling av ferdigheter og kompetanse til å kunne søke informasjon selv, å sortere den, å forstå den riktig og ikke minst å kunne ta den i bruk i reelle livssituasjoner. Health literacy er derfor ofte diskutert som utfall av ulike «health education programs» or «health promotion programs» (Nutbeam, 2000). Don Nutbeam (2000) deler health literacy inn i tre nivåer:

1. Functional Health Literacy (FHL) refererer til evne til å lese og forstå faktainformasjon om helserisiko og helsesystem og– tjenester. Nutbeam anser dette nivået som et resultat av tradisjonell formidling av helseinformasjon som ikke inviterer til interaktiv kommunikasjon, og heller ikke foster utvikling av ferdigheter. Slike formidlingsmetoder inkluderer produksjon av brosjyrer og tradisjonell opplæring av pasienter. I følge H. Finbråten og K. Pettersen som diskuterer begrepet i norsk kontekst, omhandler dette nivået «lese- og skriveferdigheter, samt basal kroppskunnskap som er nødvendig for å kunne forstå og følge enkle helseråd» (Finbråten and Pettersen, 2012, p.64). De legger også til at personer med lav FHL vil få store utfordringer med å forstå informasjon som blir gitt av helsepersonell, både muntlig og skriftlig (ibid).

2. Interactive Health Literacy (IHL) legger vekt på individers kommunikasjon- og samhandlingsferdigheter for å ivareta egen helse i samråd med profesjonelle helsearbeidere (Finbråten and Pettersen, 2012), dvs. hvordan man skal respondere på informasjon, kunnskap og råd fra helsepersonell (Nutbeam, 2000). En viktig forutsetning for IHL er ifølge Finbråten og Pettersen at man må ha god kjennskap til ulike instanser i helsevesenet, og

hvordan man skal benytte seg av dem (ibid.). Det vil si at for å kunne kommunisere best mulig med helsepersonell, må man vite hvem som gjør hva, eller hvem man skal prate med, og hvordan systemet fungerer. Dette er særlig en utfordring i den norske konteksten fordi «helsesystemet har blitt stadig mer komplekst, samtidig som det forventes at personer blir henstilt om å ta mer ansvar for egen helse» (Finbråten og Pettersen, 2009, p.64).

3. Critical Health Literacy (CHL) fordrer «ferdigheter i kritisk tenkning og evne til kritisk evaluering av all helseinformasjon man mottar» (Finbråten og Pettersen, 2009, p.64). I følge Nutbeam kan dette nivået også gå på et kollektivt nivå, dvs. ferdigheter og evne, både på individnivå og gruppenivå, til å reflektere over politiske og organisatoriske muligheter og løsninger på sosiale ulikheter innen helse (Nutbeam 2000). Her har Nutbeam en tydelig empowerment-tilnærming, og han presiserer at mottatt helseinformasjon skal reflekteres over kritisk og evalueres i forhold til «social and economic determinants of health» (ibid). Slike determinants kan være kjønn, klasse, etnisitet, rase eller status som innvandrere.

Så dette er spørsmålet: På hvilken måte skal et *helseparty* fremme innvandrerkvinner health literacy, og på hvilke nivåer? Noor har også argumentert for helsepartier som en ny og alternativ modell for en målrettet og tilrettelagt formidling av helseinformasjon. Da er det nødvendig å se litt nærmere på hvordan helseparty som konsept skiller seg ut fra de andre mer tradisjonelle formidlingsmetodene, for eks. informasjonsmøte, seminar osv. I følge min forståelse basert på Noors prosjektbeskrivelse, har helseparty disse tre kjennetegnene:

1. Skreddersydd informasjon basert på deltakernes egne behov: tema for et helseparty er bestemt av deltakere og deltakerne kan lett komme med spørsmål og diskutere det ut fra sine egne premisser.
2. Helseparty skjer på en privat og kjent arena som skaper trygghet og bidrar til aktive deltakelser.
3. utfordringer tilknyttet til språk løses med at deltakere kan være hverandres tolk.

Disse tre kjennetegnene er også viktige forutsetninger til at et helseparty skal lykkes. Sentralt i disse forutsetningene er at et helseparty skal være en arena for samhandling. Helseinformasjon og– kunnskap skal *ikke* bare formidles fra en side til den andre, for eks. fra ressurspersonen til innvandrerkvinner, men skal også stilles spørsmål ved, diskuteres, reflekteres og kanskje utvikles. Det vil si at et helseparty gir rom for ulike kulturelle

perspektiv i forståelse og anvendelse av helseinformasjon og kunnskap. Med en slik forståelse, vil jeg si at selv om et helseparty berører alle de tre nivåene av health literacy, legger begrepet særlig vekt på det tredje nivå, *Critical Health Literacy*.

Selv om Noor bruker begrepet health literacy til å argumentere for helseparty som en ny modell for informasjons- og kunnskapsformidling om helse, kan helseparty også forstås i forhold til ulike helsemodeller i forebyggende helsearbeid (Gjernes, 2004). Helsemodeller er kulturelle modeller som legger vekt på kunnskap, både de formelle og uformelle, som er felles for medlemmene av et samfunn eller ei gruppe og som har avgjørende betydning for hvordan man forstår og handler i verden (Måseide, 1996). Dette innebærer at kunnskap om helse, selv skolemedisinske kunnskap er en form av kulturell kunnskap (Måseide, 1996; Lupton, 2012). Det fins mange kulturelle modeller eller helsemodeller, enten folkelig eller vitenskapelig. De er kulturelle fordi de er påvirket av kunnskap, erfaringer og oppfatninger. Nytteverdi av helseparty er ifølge kulturell modell nettopp å ta hensyn til deltakernes tidligere kunnskap og erfaringer som kan komme fram i et helseparty via aktiv deltakelse.

1.4. Forskningsspørsmål og mål

Da Noor bestilte følgeforskningen, ønsket de først å få dokumentert effekt av helseparty som en ny modell for målrettet og tilrettelagt formidling av helseinformasjon i helsefremmede og forebyggende arbeid. Noors prosjektleder sier følgende til meg, «Vi har jo argumentert for denne modellen, og mener at helseparty er en god og effektiv metode for informasjonsformidling mot målgruppa, men fungerer den like bra i praksis? Så vi er nysgjerrig på det.» Samtidig gjør Noor det klart på at pilotprosjektet på helseparty er et eksperiment, og de ønsker dermed å prøve ut modellen på forskjellige måter slik at de kan utforske modellens potensial og utvikle den videre.

Vanligvis er den beste metoden for å studere en modell eller metodes effekt en kvantitativ survey, hvor vi kan måle og kvantifisere effekten. For eks. kan det tenkes å kjøre en survey blant deltakere både før og etter et helseparty, slik at vi kan sammenligne resultatet, og se om helsepartyet har forbedret deltakernes helsekunnskap og ferdigheter/kompetanse. Det kan også tenkes å etablere en referansegruppe som skal få formidlet den samme

helseinformasjon og –kunnskap via en mer vanlig metode, så kan vi sammenligne resultater for å se om helsepartyet virkelig utgjør en forskjell.

Men gitt at helsepartyer er tiltenkt å gjennomføres blant forskjellige grupper, med forskjellige tema (alt etter deltakernes ønsker), på forskjellige måter: vertinner har stort rom til å lage sitt eget opplegg), hvordan kan vi da standardiserer surveysspørsmålene? I tillegg er det vanskelig å kvantifisere effekt etter en deltaker har vært på et helseparty. Jeg stiller også et åpent spørsmål om hva slags mulige effekter kan finnes? Kan en survey faktisk utelukke muligheter for å utforske akkurat dette spørsmålet som i seg selv er interessant og viktig?

Hvis det er samhandlingsformen som skiller et helseparty fra andre tradisjonelle formidlingsmetoder, er det viktig å fokusere på relasjonene og samhandlingsdynamikken som utvikler seg i et helseparty. Det vil si, hva skjer egentlig på et helseparty? Hvem er aktive aktører? Hvem er passive? Hva påvirker gjennomføringen av et helseparty? En slik prosessorientert problemstilling passer godt tilnærming til følgeforskning, som fokuserer nettopp på prosessen i gjennomføringen av et tiltak (Baklien, 2004). Dette skal jeg drøfte mer i neste kapittel.

Etter en diskusjonsrunde med Noor, ble vi enig om følgende forskningsspørsmål: *hvordan fungerer konseptet helseparty i praksis i forhold til metodens design?* Med metodens design, mener jeg de tre forutsetningene som jeg introdusert i forrige avsnitt. Det skal være en kvalitativ forskning med fokus på *relasjoner, samhandlinger og kommunikasjon*. Derfor har jeg også skissert følgende delspørsmål: *1) Hvem er hovedaktørene i helsepartyet? Hva slags roller har de? 2) Hva slags relasjoner utfolder seg i samhandlingsprosessene under helsepartyene? Hvordan påvirker disse relasjonene gjennomføringen av et helseparty? 3) Et aspekt ved relasjoner som interesserer meg er relasjoner mellom majoritetsposisjoner og minoritetsposisjoner. Et helseparty skaper en annerledes arena hvor den norske majoritetens helsekultur og- system møter minoritetskvinnens livserfaringer. Hvordan posisjonerer partydeltakerne (verten og gjestene) og ressurspersoner seg under et helseparty? Hvordan vil disse posisjoneringene påvirke helsepartyet?*

Denne rapporten er delt inn i 6 kapitler. I dette kapittelet har jeg introdusert Noors helseprosjekt hvor helseparty er tenkt som en ny metode eller modell for formidling av helseinformasjon og kunnskap i helsefremmende og forbyggende arbeid rettet mot

minoritetskvinner, og følgeforskningens problemstilling og mål. I de neste to kapitlene skal jeg drøfte forskningsmetoden og de overordnede teoretiske perspektivene som er brukt i analysen. Kapittel 4 og 5 er empiriske kapitler hvor jeg presenterer data og analyse. Kapittel 6 er et konklusjonskapittel hvor jeg skal drøfte hovedfunn av følgeforskningen.

Kapittel 2 Forskningsmetode

2.1 En kort metodiske drøfting av følgeforskning

Dette forskningsarbeidet er en følgeforskning av NOORs pilotprosjekt vedrørende helseparty. Men hva er følgeforskning, og hvilke metodiske spørsmål bør man ta hensyn til ved gjennomføring av følgeforskning?

En systematisk drøfting av følgeforskningen som metode fins i en artikkel av Bergljot Baklien (2004). Ifølge Baklien er følgeforskning forskning som følger en prosess. Istedenfor effekter og konsekvenser, er man ofte opptatt av «hvorfor ting blir som det blir» (Baklien, 1993: 267). I tillegg til å være prosessorientert, er følgeforskningen også dialogorientert (Baklien, 2004). Dette innebærer en forutsetning om at forskeren må både være nær til prosessene og ha en jevn dialog med aktørene i gjennomføringen av et tiltak, dvs. de som blir utforsket. Dialog legger vekt på at kommunikasjon skal være en to-veis prosess. På den ene siden blir dialog med aktørene en del av datainnsamlingen. På den andre siden er også følgeforskning en del av tiltaket. Via dialog underveis skal den være formativ i den forstand at det er tiltatt å påvirke gjennomføringen av tiltaket (Baklien 2004). Siden det dreier seg om en liten følgeforskning på et pilotprosjekt, har jeg ikke lagt stor vekt på det andre aspektet, altså det å påvirke gjennomføringen av helseparty gjennom min forskningsvirksomhet, bortsett fra å gi jevn tilbakemelding til Noors prosjektgruppe om foreløpige funn av følgeforskningen. Uansett tyder begge aspektene av dialogorienteringen på en ikke-positivistisk tilnærming til kunnskapsproduksjon, hvor den gjenkjenner en forskers egen posisjon og situering i *produksjonen* av data og kunnskap. Samtidig er tillit en forutsetning for god dialog, og for gjennomføring av følgeforskningen.

2.2 valg av forskningsmetode

Da Noor og jeg ble enig om en problemstilling for følgeforskningen ble det samtidig bestemt at den skulle være et kvalitativt studie på helseparty, om hvordan helseparty ble gjennomført i praksis i forhold til dets design. Hvis man skal få vite hva som skjer på et helseparty, er den beste måten å være der selv og observere. Deltakende observasjon er dermed en godt egnet metode for datainnsamling.

Etter min forståelse av konseptet helseparty, spiller verten en viktig rolle i planleggingen og gjennomføringen av helsepartyet. Det er verten som bestemmer tema i samtale med sine gjester. Hvis partyet skal foregå hjemme hos henne, er det hun som eier arenaen. Hvis det ikke er et hjemme-party, er det hun som velger lokalet. Hun kan også bestemme mye rundt hvordan partyet skal være, både når det gjelder innhold og form, særlig rundt den sosiale delen. Det er rett og slett hun som eier helsepartyet. For å kunne få mest mulig informasjon om gjennomføring av et helseparty, er det da viktig å ikke bare studere «the front stage» – dvs. hvordan partyet er/ser ut – men også å utforske «the back stage», dvs. motivasjon, planleggingsprosess, forberedelse og ikke minst begrunnelser av hvorfor partyet ble planlagt slik det ble. Verten sitter også med viktig informasjon om sammensetning av gjestene og relasjonen dem imellom. Denne informasjon var nødvendig for meg som ønsker å belyse samhandlingsdynamikken under helsepartyet. I tillegg er det interessant å høre vertens refleksjoner i ettertid: hvordan opplevde hun helsepartyet, og hva slags tilbakemelding fikk hun fra gjestene? Derfor har jeg også valgt å intervju vertene som en del av datainnsamlingen. Intervjuene ble gjort etter at helsepartyet var gjennomført. Intervjuguide er vedlagt (vedlegg 3).

På grunn av begrenset med tid og ressurser ble det ikke planlagt intervju med ressurspersonene. Men jeg gjorde et intervju med én ressursperson i ettertid i forbindelse med analyse av intervjuene med vertene. Utenom deltakende observasjon og semi-strukturerte intervju, hadde jeg uformelle samtaler med vertene, gjestene og ressurspersoner under helsepartiene. Disse samtalene samt mine intervjuer med vertene anser jeg som dialog som skal være en del av datainnsamlingen og følgeforskningen.

I mars, 2015, i forkant av oppstarten av helsepartiene, arrangerte NOOR et seminarer der potensielle samarbeidspartnere var invitert til å få mer informasjon om prosjektet med helseparty. På dette tidspunktet hadde jeg akkurat sagt ja til å utføre følgeforskningen. Som forsker ble jeg også invitert til møtet. Intensjon var å få mest mulig informasjon om

prosjektet og konseptet helseparty. Jeg har også fått tilgang til en del dokumenter om helseparty, for eksempel ulike versjoner prosjektbeskrivelsene og søknaden til ExtraStiftelsen og kommunen. Seminaret og dokumentene har gitt meg god og grundig bakgrunnsinformasjon som var nødvendig for analysen, særlig om hvordan et helseparty var tiltenkt og planlagt i forhold til den senere gjennomføringen, om sammensetning av ressursteam, og om rekrutteringsstrategi.

2.3 Datainnsamling

Prosjektet med helseparty ble annonsert både på Noors webside og Facebook-side. I september 2015 arrangerte Noor et «kickoff» seminar hvor medlemmene ble inviterte, og ble informert om helseparty. I annonsene og på seminaret ble medlemmene oppfordret til å arrangere helseparty som vert. I tillegg har Noor laget en brosjyre som ble delt ut på seminaret, og som ble plassert på forskjellig offentlige steder, eksempelvis på Stormen bibliotek og på flere helsestasjoner. Det var ikke krav om at verten måtte være medlem av Noor. Organiseringen av helseparty ble slik: de som ønsket å arrangere et helseparty skulle ta kontakt med Noors prosjektkoordinator. Etter at koordinatoren hadde mottatt en bestilling med et bestemt tema, skulle hun finne to ressurspersoner fra ressursteamet, en hovedressursperson og en bi-ressursperson, til partyet. Kriteriet var at hovedressurspersonen må ha faglig kompetanse innenfor det valgte temaet, mens bi-ressurspersonen ikke trenger det. Hensikten med to ressurspersoner er at når en ressursperson blir invitert til et privat hjem av en person som har en annen kulturell bakgrunn, kan det oppstå situasjon som er vanskelig for vedkommende å tolke og håndtere. Da er det fint med to slik at de kan «kaste ball til hverandre», under en slik situasjon. For å tilrettelegge følgeforskningen, ble det også avtalt at koordinatoren skulle ta kontakt med meg etter at bestillingen var mottatt slik at jeg fikk informasjon om tema, tid og sted. Verter og ressurspersoner fikk også informasjon fra koordinatoren om følgeforskningen, og om at en forsker skulle være tilstede på deres helseparty.

Jeg opplevde at planleggingen av et helseparty kunne ta ganske lang tid. Noen ganger var det krevende å finne et tidspunkt som kunne passe for både vert/gjester og ressurspersoner. Prosjektet drives på frivillige basis, og det var mange ting man måtte ta hensyn til. Hvis man i

tillegg måtte ta hensyn til følgeforskningen og forskeren, ville det vært enda vanskeligere å få til et helseparty. Baklien (2004) råder også om at forskeren i en følgeforskning *ikke* skal involveres i praktisk tilrettelegging av tiltak. Derfor ble Noor og jeg enig om at jeg som forsker skulle tilpasse best mulig vert og ressurspersoner av et party. Hvis det ikke var mulig, måtte jeg dessverre droppe det.

Fra oppstarten av pilotprosjekt i mai 2015 fram til mars 2016, ble det gjennomført 11 helseparty³. Jeg var med og observerte 7 av disse (se tabell 1, en rask gjennomgang av disse finnes i nest kapittel). Det var ikke slikt at jeg hadde valgt disse 7 partyene ut fra visse utvalgsriteria. Helsepartyene bestilles og arrangeres underveis, og det var umulig å planlegge på forhånd hvor mange og hvilke helseparty jeg skulle være med på og observere. I utgangspunktet var planen min at jeg skulle prøve å være med på så mange som mulig. Hvis det ble for mange party etter hvert, skulle jeg vurdere utvalgsriteria ut fra videre behov for data. De fire partyene som jeg ikke var med på, var på tidspunkter som ikke passer for meg. En oversikt av disse fins i tabell 2.

Tabell 1, oversikt av observerte helsepartyene

Nr	Tid/sted/Vert	Tema	Gjester	Hovedressurserpersoner
1	Okt. 2015/Batterti/ Innvandrerorganisasjon X	Astma og allergi	5, medlemmer av samme org. og deler samme språk	Representant AAF
2	Oktober, 2015/Vertens hjem/ Lederen av Noor	Stoffskifte	9, Venner av vert	Lege/repr. av SF
3	Okt. 2015/Batterti/ Innvandrerorganisasjon X	Diabetes og ernæring	6, samme språk og tilhører samme organisasjon	En fra Diabetesfor eningen og en ernæringsfy siolog

³ Det ble imidlertid gjennomført ytterligere flere helseparty etter denne perioden. Men datainnsamlingen ble avsluttet i mars slik at empirisk funn kunne bli presentert på konferansen «kvinnehelse i Nordland, minoritetshelse i fokus» som ble arrangert av Noor i april 2016.

4	Nov, 2015/Frivillighets-sentralen, Mo/Noor lokallag på Mo	Mental helse/ stressmestring	16, av ulike bakgrunn (Et åpent helseparty)	Privatpraktis erende terapeut, yoga coach
5	Desember, 2015/NAV/ Prosjektleder Jobbsjansen	Kvinnehelse	8, deltakere av prosjektet	Gynekolog
6	Februar, 2016, Vertens hjem/ En nøkkelperson fra Innvandrerorganisasjon Y	Celleendring og HPV	11, fra samme vennekrets og fra samme land	Gynekolog
7	Mars, 2016, Vertens hjem / en gjest fra party nr. 6	Overgangsalder	12, fra samme vennekrets og fra samme land	Gynekolog

Tabell 2, oversikt av helsepartiene som ikke var observert

Nr	Tid/sted/Vert	Tema	Gjester	Hovedressu rspersoner
1	Mai 15, 2015/Gimle Kultursenter/ en nøkkelperson fra en innvandrerorganisasjon	Barnevern og barneoppdragelse	15, av samme etniske bakgrunn	Barneverns- pedagog
2	Sept. 15, 2015 Voksenopplæring i en klassetime (samfunnsfag)/ En lærer	Barnevern	Ca. 20/en klasse på voksenopplæring	Barneverns- pedagog
3	Nov. 15, 2015 / Asylmottak/ en ansatt på mottaket	Diabetes og ernæring	12, beboerne på asylmottaket.	En fra Diabetesfor eningen og en ernærin- gsfysiolog
4	Feb. 10, 2016/ hjemme hos verten /lederen av Noor	Diabetes/Ernæring	8, (åpent helseparty ifm. en videoproduksjon)	Samme som nr. 3 (opp)

Hvert helseparty var forskjellig og unikt. Det hadde vært fint å kunne være med på alle disse helsepartyene. Et spørsmål er hvordan dropping av disse fire helsepartyene har påvirket datainnsamling og funn. Blant de partyene, ble to av dem arrangert av offentlige aktører. Den ene var voksenopplæring, og helseparty foregikk i et klasserom i en vanlig klassetime. Den andre ble arrangert av et asylmottak. Strengt tatt er disse «helsepartyene» ikke vanlige helsepartyer slik som Noor hadde skissert. I tillegg er slike «offentlig helseparty» allerede representert i min database (helsepartyet på NAV). Det siste helsepartyet var heller ikke et vanlig helseparty, da det ble arrangert i forbindelse med at det skulle lages en kort film om helseparty. Det eneste som kunne vært nyttig for følgeforskningen er partyet om barnevern. I tillegg til at det omhandlet et annet type tema, ble dette partyet arrangert av et innvandermiljø som ikke er representert i mitt datamateriale, og barnevernspedagogen som ble invitert til dette helsepartyet hadde også en etnisk minoritetsbakgrunn. Innvandreres møte med barnevern er ikke noe nytt tema, men at møtet foregikk i en annen sosial setting, og var på initiativ og premiss av innvandrerne er noe nytt. Det kunne ha gitt meg nytt innblikk på hvordan etniske relasjoner kan påvirker ens forståelse om, og forhold til barnevernet. Så her var det en glipp i datainnsamlingen.

Både vertene og ressurspersonene hadde fått informasjon om følgeforskningen fra Noors koordinator, men ikke gjestene. Så på starten av hvert helseparty informerte jeg alle deltakerne kort om følgeforskningen. I forhold til datainnsamlingen, hadde jeg observert dette: sammensetning av gjestene, deres relasjoner og samhandlinger seg imellom, kommunikasjon og samhandling mellom ressurspersonen(e) og gjestene, stemning, vertens rolle, og de aktive gjestenes rolle i gjennomføringen av helsepartyet. I tillegg la jeg også vekt på ytre forhold som påvirket gjennomføringen av helsepartyet, slik som oppsett av sitteplasser, prosjektor, servering, brosjyrer, osv.

Det var fem verter som stod bak disse syv partyene, og to av vertene arrangerte helseparty to ganger. Fire av disse vertene intervjuet jeg etter at helsepartyene var gjennomført. Den siste hadde jeg uformelle samtaler med både før og etter helsepartyet. Dette var et helseparty som befant seg utenfor Bodø. Når jeg valgte å ikke intervju denne verten, var det fordi jeg allerede hadde fått den informasjonen jeg trengte via våre samtaler, særlig samtalen vi hadde rett før helsepartyet. Jeg fikk også stille resten av spørsmålene til henne etter helsepartyet da jeg hjalp henne med å rydde etterpå. Jeg vil ikke kalle disse samtalene

for intervjuer, for da samtalene pågikk var hun ikke informert om at det var et intervju, og det opplevdes mer som uformelle samtaler enn et formelt intervju. Men informanten hadde gitt samtykke av at samtalene kunne brukes som en del av datamaterialet.

Som fortalt tidligere, var det ikke planlagt intervjuer med ressurspersonene. Blant de syv partyene, var det fem hovedressurspersoner, og en av dem hadde vært hovedressursperson på tre av helsepartyene. Vedkommende er gynekolog og jobber som overlege på sykehuset. I tillegg til at hun var en av de meste brukte ressurspersonene, har denne ressurspersonen selv innvandrerbakgrunn. Hun var også gjest på et annet helseparty. I mine intervjudata med vertene, ble hun og hennes bakgrunn trukket fram flere ganger som en fordel. Derfor var det svært interessant å høre på hennes egne refleksjoner rundt dette, og hennes opplevelse av helsepartyene som hun var med på. I den forbindelse ble det gjort et intervju med henne.

Alle intervjuene varte fra 30 minutter til en time. Siden prosjektets målgruppe var kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn, var nesten alle deltakerne (vertene, gjestene og ressurspersonene) kvinner, med unntak av helsepartyet som ble arrangert av og på asylmottaket, hvor det var også mannlige gjester til stede. Dette var et party der jeg ikke var til stede og observerte.

2.4 Refleksjon rundt min egen posisjonering

Selv om forskerrollen min ble gjort tydelig, opplevde jeg at jeg ble godt inkludert som en naturlig del av helsepartyene. Dette vil si at jeg ble behandlet også som en deltaker, ikke bare en forsker utenfra som skulle være her og «observere oss». Grunnen til det kan være at jeg selv tilhører målgruppa, med innvandringsbakgrunn fra Kina. Jeg opplevde at denne bakgrunnen var mer synlig enn min rolle som forsker. Verten tilbydde meg mat og drikke, gjestene sosialiserte seg med meg, og noen ressurspersoner refererte til meg og min bakgrunn fra Øst-Asia under sine presentasjoner. At jeg selv er innvandrerkvinn i likhet med de fleste gjestene opplevde jeg som en fordel i datainnsamlingen da min tilstedeværelse har i mindre grad påvirket gjestenes deltakelse i helsepartyene. I tillegg opplevde en stor tillit fra deltakerne både på helsepartyene og i intervjuene. Samtidig så jeg også en etisk utfordring. For eksempel, når jeg pratet med gjestene snakket de til meg som 'Yan fra Kina' eller 'Yan fra

universitetet'? Derfor hadde jeg vært ekstra varsom i datainnsamlingen. Et spørsmål som jeg stilte til meg selv i denne prosessen var hva vil de ikke ha sagt til meg dersom de posisjonerer meg som en forsker. Samtidig er ikke jeg kun posisjonert som 'Yan fra Kina', min tilknytning til Kvinnenettverket Noor var også kjent av flere deltakere. Dette kan ha bidratt til en tydelig tilstedeværelse av Kvinnenettverket Noor i enkelte helsepartiene. Dette vil jeg drøfte mer i analysen.

2.5 Forskningsetikk

Prosjektet ble meldt inn til NSD – Personvernombud for forskning i årsskifte 2015/2016. Selv om de tilrådet at prosjektet ble gjennomført, har de også pekt på en del ting som jeg måtte ta ekstra hensyn til, samt gitt meg flere gode råd om gjennomføring av datainnsamlingen. Disse inkluderer at muntlig informasjon om følgeforskningen skulle formidles på en forståelig måte, og de anbefalte at jeg informerte samtlige deltakere om prosjektet og forskers tilstedeværelse i forkant av arrangementene. Dette har jeg også gjort. Selv om det ikke var min intensjon å innhente sensitiv personlig informasjon eller tredjepersonopplysning, gjorde også NSD meg oppmerksom på at slik informasjon kan forekomme i datainnsamlinger. Informasjon om en persons etnisk bakgrunn eller helseforhold kan være sensitive i enkelte sammenhenger. Slik informasjon trenger å behandles med full diskresjon. I behandling av data hadde jeg dermed gjort en ekstra vurdering på om slik bakgrunnsinformasjon er relevant for min analyse. Om den er det, hvordan kan jeg sikre anonymitet av deltakerne? I denne sammenheng er anonymisering av navn ikke nok. Det er viktig å unngå «bakveis» identifikasjon (Annfelt, 1999:51), dvs. at flere deler bakgrunnsinformasjon til sammen fører til indikerte identifisering. Min løsning på det har vært å endre enkeltes bakgrunnsinformasjon med forutsetningen at endringen ikke skal påvirke gyldigheten av analysen.

Opplysning om tredjeperson kan forekomme i mine intervjuer med vertene, særlig på spørsmålene om sammensetning av gjestene og deres bakgrunn. Det betyr at jeg har en informasjonsplikt overfor tredjeperson dersom personidentifiserende opplysninger skulle fremkomme. Et råd fra personvernombudet som jeg har fulgt er at disse opplysningene anonymiseres fortløpende. Mitt inntrykk fra intervjuene var at vertene kjente godt til

begrepet taushetsplikt, og de var klar over sin informasjonsplikt til tredjeperson som ble omtalt i intervjuene. Så når det kom til spørsmålene om gjestene sine, har de vært meget forsiktige og «sparsomme» med å gi detaljert informasjon om dem. Det er imidlertid en tredjeperson som er vanskelig å anonymisere. Det er ressurspersonen som jeg valgte å intervju: gynekologen som har innvandrerbakgrunn. Denne informasjonen er viktig og relevant for å belyse problemstillingen. Å unngå indirekte identifisering er en nesten umulig oppgave. Da jeg skulle presentere følgeforskningen på den regionale helsekonferansen «Kvinnehelse i Nordland og Minoritets helse i Fokus», spurte jeg om hennes samtykke til å bruke denne informasjonen. Da jeg gjorde intervjuet med henne igjen, tok jeg på nytt opp problemstillingen vedrørende anonymisering med henne. Det samme har jeg gjort med to andre verter. Den ene var prosjektlederen av Jobb Sjansen, og hun arrangerte helseparty som prosjektleder, ikke som en privat-person. Den andre var lederen av NOOR, som også arrangerte et helseparty. Alle disse tre har en bakgrunn som *både* er relevant for analysen og *gjør* dem lett å gjenkjenne. Alle disse tre informantene ga meg samtykke til å unnta dem fra anonymitet. Samtidig avtalte jeg med dem at de får anledning til å lese gjennom egne opplysninger og godkjenne dem før publisering.

Kapittel 3 En rask gjennomgang av de obseverte helsepartyene og teoretisk perspektiv

3.1 En rask gjennomgang av de syv obseverte helsepartyene

Helseparty nr. 1 og 3 ble arrangert av samme innvandrersorganisasjon. Deltakerne på disse to helsepartyene kommer dermed fra samme miljø, men det var bare to personer som deltok på begge helsepartyene, i tillegg til verten. Verten fortalte i intervjuet at alle gjestene kjenner hverandre, uten at de nødvendigvis var venner. Begge partyene ble avholdt på kvelden en vanlig ukedag, med en ukes mellomrom, og var på lokalet til Batteri/Kirkens Bymisjon, som verten fikk låne gratis. Lokalet var utstyrt med projektor og PC. Verten hadde forberedt litt lett servering som te/kaffe og kjeks.

Tema på *party 1* var astma og allergi. Det var til sammen fem gjester. Hovedressurspersonen var en representant fra Norsk Allergi og Asma Forbund (AAF). Helsepartyet varte nesten to timer. Det startet med en lang presentasjon av hovedressurspersonen som varte godt over

en time. Ressurspersonen brukt PowerPoint (tekster og bilder) og en del medisinske rekvisitter for å illustrere årsaker/plager av astma og allergi. Selv om presentasjonen var lang, var den langt fra kjedelig. Gjestene syns det var interessant å se på og ta på medisinske rekvisitter, noe som også gjorde illustrasjon mer direkte og forklaring enklere. I tillegg var ressurspersonen meget engasjert. Hun hadde en levende tone/språk og godt humør som holdte på interessen fra gjestene. Flere gjester skrev notater mens ressurspersonen pratet. Etter presentasjonen hadde ressurspersonen tid til litt løsprat med verten og gjestene. Hun delte også ut brosjyrer om AAF og vareprøver, for eksempel parfymefri/allergivennlig sjampo og vaskemidler som hun hadde med seg til helsepartyet. Det var imidlertid lite diskusjon eller prat mellom gjestene. Et par gjester måtte også dra raskt etter presentasjonen grunnet små barn i familien.

På helseparty nr. 3, var det til sammen seks gjester. Temaet var diabetes og ernæring. Sammenlignet med de andre helsepartyene hvor én ressursperson var hovedressurspersonen som skulle ta ansvar for presentasjon eller informasjonsformidling, hadde dette helsepartyet to hovedressurspersoner, dvs. begge ressurspersoner hadde presentasjoner. Ressursperson nr. 1 var en representant fra Diabetesforbundet. Hun hadde en presentasjon først om diabetes. Hun sa i innledningen at hun ikke var helse- eller medisinsk personell, men hun ville gjerne dele sin egen erfaring om sykdommen. Ressursperson nr. 2 var en ernæringsfysiolog og personlig trener som jobber i et privat firma. Hun hadde en presentasjon om sunt kosthold og livstil som også var tilknyttet sykdommen diabetes. Powerpoint ble brukt i begge presentasjonene. En gjest hadde mindre tilstrekkelig norsk, og hun hadde vansker å forstå enkelte ord og uttrykk, men hun fikk hjelp fra både verten og en annen gjest som forklarte til henne på deres morsmål. Selv om ressursperson nr. 1 innledet med at hun ikke er helse-personell og presentasjonen var basert på hennes egen erfaring, var hennes presentasjon godt forberedt med faglig innhold og statistikk om sykdommen. Hun hadde også lagt til en kort gruppediskusjon i presentasjonen sin. Ressursperson nr. 2s presentasjon var preget av mange interaktive aktiviteter, som quiz, små kroppspøvelser og en test av risikofaktorer. Sammenlignet med det forrige helsepartyet, hvor flere gjester skrev notater under presentasjonen, var det her kun verten som av og til noterte ting på sin skriveblokk. Det var mer diskusjon og deltakelse fra gjestenes side.

Helsepartyet varte litt over en time. Jeg intervjuet verten noen dager etter helseparty nr. 3, og hun omtales som informant A.

Helseparty nr. 2 ble avholdt på en søndagsettermiddag, hjemme hos verten som er leder av Noor. Tema var stoffskifte og begge ressurspersoner var representanter fra Stoffskifteforbundet. Det var til sammen ni gjester. Alle var venner eller bekjente av verten, men de var ikke nødvendigvis venner eller bekjente av hverandre. Flere gjester møttes for første gang på dette helsepartyet. Verten hadde forberedt mat. Og helsepartyet startet med matservering, eller en sosial del av helsepartyet. Etterpå kom den faglige biten om temaet. Både ressurspersonene og forskeren var også invitert til matservering, men jeg ble litt forsinket av private årsaker. Da jeg kom til helsepartyet, gikk matservingen mot slutten. Ti minutter etterpå startet den faglige delen av opplegget. Hovedressurspersonen hadde forberedt en Powerpoint, men var egentlig litt usikker på om den kunne brukes. Da hun fikk vise den på TV med hjelp fra verten, ble alle sammen veldig glade. Denne ressurspersonen er også en allmennlege, men hun sa i starten av sin presentasjon at hun kom til helsepartyet som medlem av Stoffskifteforbundet, ikke som lege. Dette gjorde hun igjen da hun posisjonerte seg som pasient med stoffskiftesykdom. Likevel var presentasjonen hennes meget profesjonell. Det var lett å se at vedkommende hadde en medisinsk bakgrunn. Samtidig var hun god på å forklare ting, og det var ikke vanskelig å følge med på presentasjonen. Både gjestene og verten kom med spørsmål underveis, og fikk svar fra både ressurspersonene og et par gjester som selv hadde erfaringer med sykdommen. Det ble også en liten diskusjon/løsprat blant gjestene, ressurspersonene og verten etter presentasjonen. Den faglige delen av helsepartyet varte litt over en time. Verten ble intervjuet 3 uker etterpå. Hun omtales som informant B.

Helseparty nr. 4 ble arrangert av Noors lokallag i Mo i Rana, kort tid før etableringskonferansen av lokallaget. Tema var psykisk helse, mestring av stress og mørketid. Helsepartyet ble avholdt om kvelden en vanlig ukedag, på lokalet til Frivillighetssentralen på Mo. Helsepartyet var et åpent arrangement, som var annonsert på forhånd via Facebook. De seksten gjestene som kom var en sammensatt gruppe fra ulike kulturelle bakgrunn. Vi kan imidlertid dele gjestene i to grupper: den ene var de som var engasjert i lokallaget av NOOR på Mo, dvs. de som var godt etablerte innvandrere som kjenner lokale forhold relativt godt. Den andre var de som var på INTRO programmet som

var rekruttert målrettet fra voksenopplæringen. Mange hadde bodd i Norge i kort tid. Den nyeste hadde bodd i Norge i kun 3 måneder. Dette innebar også at språk ble et tilsynelatende problem for denne gruppa. På selve helsepartyet satte de sammen rundt et bord og snakket sammen med lav stemme under presentasjonen. Ressurspersonen var en privatpraktiserende terapeut. Hun hadde n godt forberedt presentasjon med mange bilder og farger, men hadde tydeligvis justert sitt opplegg når hun innså at flere gjester hadde problemer til å forstå norsk, da brukte hun mange eksempler og sin egen livserfaring med enklest mulig ord for å illustrere og forklare begreper. Hun hadde også et opplegg med pusteøvelser for å vise deltakerne hvordan man enkelt kan mestre stress og anfall av angst og panikk. Den faglige delen av helsepartyet varte litt over en time, med en 10 minutters pause, hvor deltakerne hentet te/kaffe og hadde løsprat. Det ble ikke gjort intervju med verten. Men alle den informasjonen jeg trengte fikk jeg via uformelle samtaler med henne, både før og etter helsepartyet. Verten omtales som informant C.

Helseparty nr. 5 ble arrangert av prosjektet Jobbsjansen i Bodø, med tema kvinnehelse. Verten var prosjektlederen. Jobbsjansen er en tilskuddordning med å øke sysselsettingen blant innvandrere som står langt fra arbeidsmarkedet som mål, og hjemmeværende kvinner er en prioritert gruppe. Ordningen er prosjektbasert, og kommuner kan søke tilskudd til Jobbsjansen fra IMDi. I Bodø er prosjektet administrert i samarbeid med NAV. Dette helsepartyet ble dermed avholdt på et møterom ved Nav Bodø. Gjestene var alle de kvinnelige deltakerne av prosjektet, på tidspunktet til deres fast torsdagsmøte. Prosjektet består av åtte kvinner av ulik kulturell bakgrunn og aldergruppe. De yngste var i 20-årene, mens de eldste var i 50-årene. Ressurspersonen var en gynekolog som selv hadde innvandringsbakgrunn. En representant fra Noor stilte opp som ressursperson nr. 2, og hun hadde ikke faglig bakgrunn som var relatert til temaet. Dette var et meget spesielt helseparty. I tillegg til at verten representerte en offentlig institusjon, ble også hele helsepartyet filmet av NRK Nordland. Tilstedeværelse av en kameramann preget gjennomføringen av helsepartyet: formell stemning og stivhet fra gjestene, særlig i begynnelsen. Det så ut som ingen turte å snakke eller spørre. Men det ble litt bedre etter hvert. Både representanten fra Noor og verten stilt bevisst noen spørsmål for å engasjere gjestene mer i temaene. Verten oppmuntret også gjestene til å stille spørsmål flere ganger underveis i helsepartyet. Etter presentasjonen var ferdig, avsluttet karmaramannen også

filming og forlot lokalet. Det ble mye lettere stemning etterpå. Gjestene begynte å flytte på seg og hente te/kaffe som var forberedt på forhånd. Det ble mye små prating rundt bordet, både om temaene og om andre ting. Den «formelle» delen av helsepartyet varte nesten en time. Fri diskusjon varte rundt 15 minutter. Intervjuet med verten ble gjort samme dag, etter alle de andre hadde forlatt helsepartyet. Verten blir omtalt som informant E.

Deltakere av helseparty nr. 6 og nr.7 var fra samme innvandremiljø, eller mer presis en gjeng som har tett kontakt og holder mye sammen. Tema på nr. 6 var *celleforandring* og tema på nr. 7 var *overgangsalder*. Helseparty nr. 7 kan sies å være en videreføring av helseparty nr.6, fordi bestemmelse om helseparty nr. 7 og dets tema ble tatt kollektivt under diskusjoner på helseparty nr. 6. Begge vertene var nøkkelpersoner fra dette innvandremiljøet, og verten til nr. 6 satt også i styret av Noor. Begge helsepartyene ble avholdt på kvelden vanlige ukedager (med en måneds mellomrom) hjemme hos vertene. På nr. 6 var det til sammen elleve gjester og på nr. 7 tretten gjester. Nesten alle som var med på nr. 6 deltok også på nr. 7. Disse to helsepartyene hadde samme hovedressursperson som også var resurspersonen til helseparty nr. 5: gynekologen som selv har innvandrerbakgrunn. Ressursperson nr. 2 på helseparty nr. 6 var en representant fra Noor, mens på helseparty nr. 7 var det en jordmor. Begge partyene hadde en sosial del med servering av mat fra landet som gjengen opprinnelig var fra. Det dreide seg ikke bare om å spise mat sammen, men også laging av mat – det var flere gjester som forberedte maten sammen. Derfor er det vanskelig å si når helsepartyene startet. Det er også vanskelig å si når helsepartyene ble avsluttet, fordi da jeg forlot helsepartyene (litt etter resurspersonene) holdt de fleste gjestene fremdeles sammen. Men på begge partyene varte den delen resurspersonene var med på ca. en og halv time, inkl. servering av maten. Blant de helsepartyene jeg var med på, var disse to partyene mest uformelle og lignet mest helsepartyet som ble skissert av Noor. Derfor skal jeg beskrive og drøfte disse to partyene i detalj i analysen. Det ble gjort et intervju av verten til helseparty nr. 6 en uke etter dette helsepartyet . Hun er informant F i denne rapporten. Det ble ikke gjort intervju med verten av helseparty nr. 7. Det skyldes at jeg allerede hadde fått informasjonen jeg trengte om planlegging, motivasjon, og sammensetning av gjestene via min deltakelse av helseparty nr. 6, intervjuet med informanten F og uformelle samtaler med verten og gjestene under helseparty nr.7.

3.2. ANT som Teoretisk Perspektiv

Som vi ser fra det forrige avsnittet ble helsepartyene gjennomført veldig forskjellig selv om de var basert på det samme konseptet utviklet av Noor. I følgeforskningen er det nettopp gjennomføringen som skal studeres, da forskningsspørsmål er *hvordan konseptet helseparty fungerer i praksis*. Et viktig skille her er *konseptet helseparty, og praksis eller gjennomføring av helseparty*. Dette innebærer at helseparty kan være én ting i konseptet, men en annen eller flere andre ting i praksis. Spørsmålet er da hva som gjorde de gjennomførte helsepartyene slik de var. En måte man kan forstå dette på er å tenke på konseptet helseparty som en slags *blueprint* som er åpen for ulike fortolkninger og handlinger. Denne fortolkning og handlingsprosess vil jeg kalle for en prosess av *oversetting (translation*⁴ på engelsk). Det vil si at via fortolkning og handling/samhandling blir helsepartyet oversatt fra konseptet til praksis. Hva er for eksempel et party? Og på hvilken måte, og hvor mye, skal dette partyet handle om helse? Svaret på disse spørsmålene kan være veldig forskjellig hos ulike individer og persongrupper. Som vi ser er hvert helseparty en arena hvor mange aktører møtes: verten, gjestene og ressurspersonene. Alle har jo sin egen fortolkning av *hva et helseparty skal være*, samt intensjonen/formålet med hvorfor de velger å være der. Så fortolkning og intensjon kan påvirke gjennomføringene. Samtidig berører gjennomføringene et spørsmål om effekt. Hva skjedde når ulike fortolkninger og intensjoner møttes? Hvordan blir det påvirket av materielle og situasjonelle forhold der og da? Hva er helsepartyene faktisk blitt tross de ulike intensjonene og planene?

Et teoretisk perspektiv som passer godt til denne tankemåten om gjennomføring er actor-network-theory (ANT). Et relevant begrep er *enactment*, som blir brukt for å vise hvordan forskjellige virkeligheter har blitt til (konstruert og enacted) via, for eksempel, kunnskapsproduksjon (Law, 2004; Mol, 2002). Det er vanskelig å oversette begrepet til norsk. En mulig oversettelse er nettopp gjennomføring⁵. John Law definerer enactment slikt:

The claim that relations, and so realities and representations of realities (or more generally, absences and presences) are being endlessly or chronically brought into

⁴ Translation er et viktig begrep i Actor-Network-Theory (se Callon and Latour, 1981; Callon 1986). Selv om ANT er mitt overordnede teoretiske perspektiv i denne rapporten, og bruk av begrepet translation er inspirert av ANT, er min definisjon og bruk av translasjon annerledes, og mye mindre komplisert enn det drøftet av Callon og Latour.

⁵ Takk for Anne-Jorunn Berg for diskusjon om begrepet enactment. En annen oversettelse av enactment, men i disiplinen psykologi, er iscenesettelse (se for eks. Sletvold, 2013).

being in a continuing process of production and reproduction, and have no status, standing, or reality outside those processes. (Law, 2004, 159)

Som jeg skrev tidligere, er ett fokus i denne studien relasjonene som utfolder seg under helsepartiene. Samtidig er Noors hypotese at helseparty skal fremme et annerledes eller mer symmetrisk maktforhold, og en annen dynamikk mellom innvandrerkvinner og helsepersonell. Det vil si at det er innvandrerkvinnene som eier helsepartiet, noe som innebærer at de har makt til å styre partiet, og er mer aktive i deltakelsen. Men det Law sier er at relasjonene er ingenting uten at de er blitt gjennomført i praksis. Det samme gjelder også hele konseptet helseparty. Det er da den pågående prosessen som skal beskrives, kartlegges og analyseres. Som jeg skal vise i analysen, kan en aktør/individ posisjonere seg i flere relasjoner (for eks. verten kan posisjonere seg som en privat venn eller leder/nøkkelperson i en organisasjon). Det er da viktig å se hvilke sett med relasjoner som er «brought into being» via personlig posisjonering i en konkret situasjon. I følge Law skal vi ikke bare studere hva slags relasjoner som er til stede (present), men også de som er fraværende (absent). Det vil si at hvis en antatt relasjon ikke befinner seg på et konkret helseparty, er det viktig å analysere hvilken omstendighet som gjør at den mangler eller ikke har blitt til.

En annen ANT-teoretiker som skriver om enactment er Annemarie Mol. Hun bruker enactment for å beskrive hvordan samme sykdom, for eks. Ateroskleroses, blir diskutert og forklart på forskjellige måter i ulike kunnskapssystemer via diagnoser, måling og behandling (Mol, 2002). I likhet med andre ANT-teoretikere understreker Mol viktigheten av objekter som ikke-menneskelige aktører i enactment/gjennomføring av virkeligheten, for eks. et medisinsk apparat og utstyr i enactment av sykdommen. Hun sier:

Like (human) subjects, (natural) objects are framed as parts of events that occur and plays that are staged. If an object is real this is because it is part of a practice. It is a reality enacted. (Mol, 2002, 44)

I kontrast til tradisjonelle sosiologiske teorier, hvor kun menneskelige subjekter regnes som aktør (actor), har ANT utvidet begrepet aktør til å inkludere objekter, som maskiner, apparater, dokumenter osv. For eks. brukte Bruno Latour et eksempel for å illustrere «agency» som en ikke-menneskelig aktør i en av sine taler i Taiwan. Han sier at talen hans

ikke bare er en interaksjon/samhandling mellom ham og publikum, for uten forsterker ville den ikke blitt mottatt av publikumet (Latour 2000). Et viktig poeng fra Latour er at praksis og virkelighet ikke kan gjennomføres eller bli «enacted» uten tilstedeværelse og virkning av objekter/ting.

Praksis eller gjennomføring av helseparty er en slik enactment, som er et resultat av samhandlinger og samvirkning mellom mange forskjellige aktører, både menneskelige og ikke-menneskelige. Mange materielle forhold, selve små detaljer, kan gjøre en stor forskjell for utfallet av et helseparty, for eks. lokaler, parkeringsforhold, plassering av gjestene, prosjektør og tilstedeværelse av kamera osv. Ikke bare de enkelte objekter, men også en kombinasjon av dem, er viktig i forhold til hvilken relasjon som har blitt enacted som realitet, og hvilken forventet relasjon som ikke har blitt enacted. Når et helseparty for eks. blir avholdt i et møterom med en faglig presentasjon fra en invitert hovedressursperson, med en velkomst fra verten på vegne av en organisasjon, vil situasjonen fort bli oppfattet/opplevd som et formelt møte. Da er det vanskelig å bringe de private relasjonene fram.

Med et ANT-perspektiv skal jeg operasjonalisere problemstillingen til følgende analytiske spørsmål:

1. Hvilke menneskelig aktører fins det i gjennomføringen av helsepartyene?
2. Hvilke situasjonelle og materielle forhold (som umenneskelig aktører) er avgjørende for gjennomføring av helsepartyene?
3. Oversetting av helseparty fra konsept til praksis – Hvilke intensjoner eller agendaer har hovedaktørene i deltakelse av helsepartyene? Hva er helsepartyet blitt i disse fortolkningene og samhandlingene?

Kapittel 4 Empiri og analyse

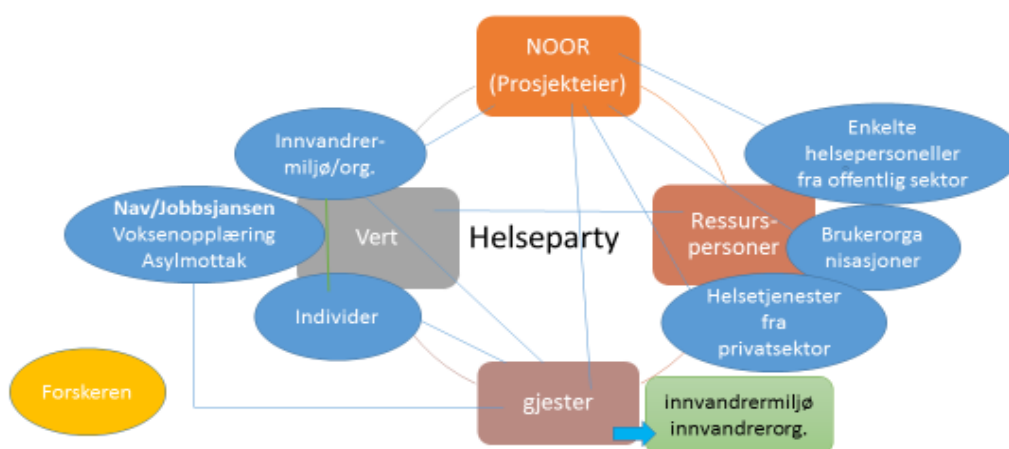
I dette kapittelet skal jeg analysere empirien for å svare på problemstillingen, eller mer konkret skal jeg svare på de tre overnevnte analytisk spørsmål. I tillegg skal jeg analysere nytteverdien av helsepartyet. Et spørsmål som oppdragsgiveren er opptatt av er hva som fungerer bra, eller ikke så bra i praksis. For å belyse dette spørsmålet skal jeg også diskutere hva som er et godt helseparty i forhold til NOORs design av konseptet.

4.1 Kartlegging av aktørene

4.1.1 Hvem deltar på helsepartyet? De menneskelige aktørene

Det er tre typer roller i NOORs helsepartymodell: vert, gjest og ressursperson. Men hvem besitter disse rollene, og hvem er hovedaktørene? Fra beskrivelsen av de helsepartiene som ble gjennomført, ser vi at det fins ulike typer aktørene. Det var både individer og organisasjoner (ser Bilde 2).

Bilde 2: Kartlegging av menneskelige aktører



Ressurspersoner:

Det er NOOR som satte sammen ressursteamet. Fra de partiene jeg var med på, har jeg identifisert tre typer ressurspersoner. *Den første* er de som representerer en brukerorganisasjon, for eks. Asma og Allergiforbundet (AAF), Diabetes Forbundet (DF) og Stoffskifteforbundet (SF). *Den andre* er enkelte fagpersoner fra offentlig tjenester, eksempelvis lege, barnevernspedagog og sykepleier. I denne kategorien sitter tre av NOORs styremedlemmer som er valgte inn på grunn av sin faglig bakgrunn. De fungerte som ressurspersoner i 6 av de totalt 11 gjennomførte helsepartiene. Kun én av dem hadde fungert som hovedressursperson på helseparty som jeg ikke observerte. Resten fungerte som ressursperson nr.2. *Den tredje* kategorien er helsepersonell fra privat sektor, inkludert en privatpraktiserende terapeut og en ernæringsfysiolog.

Å inkludere brukerorganisasjoner i ressursteamet var et bevisst valg tatt av NOOR. I både søknaden til Ekstra Stiftelsen, og på samarbeidsseminaret, var NOOR tydelig på at via

prosjektet med helseparty ønsket de å samarbeide med ulike brukerorganisasjoner og foreninger som sitter med god informasjon og ressurser om bestemte helserelaterte tema. Samtidig pekte NOOR på at mange av de organisasjonene og foreningene i liten grad har imøtekommet behovet til pasientene/brukerne med minoritetsbakgrunn. NOOR håper at de via dette samarbeidet skal øke sin bevissthet på mangfold, og se viktigheten i å rekruttere medlemmer med etnisk minoritetsbakgrunn.

Verten

Jeg har identifisert to typer verter blant de helsepartyene jeg observerte. *Den første* er de som tydelig sa at de arrangerte helseparty på vegne av en organisasjon. Med andre ord, det var ikke de som privatperson som arrangerte helseparty, men organisasjonen de tilhørte. Under denne kategorien, finner vi lederen av en lokal innvandrersorganisasjon (informant A), en representant fra NOORs lokallag på Mo i Rana (informant C) og prosjektlederen av Jobbsjansen ved NAV (informant D). På de helsepartyene som jeg *ikke* observerte, var også flere av vertene organisasjoner. Dette inkluderer en annen innvandrersorganisasjon, voksenopplæring og et asylmottak.

Den andre typen er individer som er nøkkelpersoner i enten innvandrersorganisasjoner eller et innvandremiljø. Men i motsetning til den første kategorien understreket de at det var de selv (ikke organisasjonen deres) som var vert, og at helsepartyet var deres private party. Derfor ble også disse helsepartyene avholdt hjemme hos verten. Her finner vi lederen av NOOR (informant B), som også er prosjektleder, og to nøkkelpersoner fra et innvandremiljø, en av dem intervjuet jeg (informant E).

Om verten er organisasjon eller privatperson hadde noe å si for hvordan de gjeldende helsepartyene ble tiltenkt, planlagt, organisert og gjennomført. Det sa også noe om hvem som var invitert, og hvordan gjestene oppfattet hendelsen helseparty, noe som igjen påvirket deres deltakelse. Dette aspektet kommer jeg tilbake til for mer drøfting senere. Men uansett om det var individer eller deres organisasjoner som var verter så er det slik at når en persons identitet er sterkt tilknyttet en organisasjon, vil det uansett påvirke gjestenes oppfatning av hva de faktisk deltar på, eller hva et så-kalt «helseparty» skal være.

Involvering av ulike innvandrersorganisasjoner og miljø er et bevisst valg tatt av NOOR, ikke minst for å nå ut til målgruppene. Samtidig er det ikke utenkelig at det ofte er en

nøkkelperson i et innvandremiljø som tar initiativ til å invitere eller arrangere et helseparty, fordi det ofte er de som har interesse, ressurser og nettverk til å gjennomføre det. Å bruke lokale innvandrerorganisasjoner og –miljø til å rekruttere deltakerne er i seg selv en fin strategi. Men det betydde også at det ofte var de som var organisert eller hadde en tilknytning til et innvandremiljø eller nettverk som ble rekruttert til et helseparty. Om NOOR ønsker å nå ut i et bredere målgruppe må de gjøre mer enn å samarbeide med innvandrerorganisasjonene. Dette viser også at hvor viktig nettverk er, særlig for de som er nyankomne.

Gjestene

Sammensetningen av gjestene er et viktig element for gjennomføringen av et helseparty, siden gjestenes identitet og deres relasjon seg imellom og med verten var avgjørende for dynamikk og kommunikasjonsformer under helsepartyet. Som tidligere fortalt, varierte antall og sammensetning av gjestene veldig fra helseparty til helseparty. Det største helsepartyet jeg deltok på hadde 16 gjester, mens det minste hadde 5.

Gjestene på helseparty 1 og av 3 tilhørte samme innvandrerorganisasjon, og samtidig delte de felles språk. Selv om de fleste av gjestene kjente hverandre fra før, ville ikke verten beskrive dem som private venner, i hvert fall ikke under settingen av helsepartyet, som hun omtalte som et arrangement av organisasjonen. Dette betyr at selv om private relasjoner fins mellom gjestene var de ikke tilstede under helsepartyene. Helseparty 6 og 7 tilhørte også samme innvandrerorganisasjon og delte samme etniske bakgrunn. Men i motsetning til deltakerne av party 1 og 3, tilhørte de også den samme vennekretsen som omgikk hverandre på privat arenaer. Dette er, som jeg skal vise senere, i sammenheng med hvem verten var, og hvordan vertene ville posisjonere seg i organiseringen av helsepartyene.

På helseparty 2, 4 og 5, var gjestene en sammensetning av personer med ulik etnisk og kulturell bakgrunn. Helseparty 2 ble arrangerte av Noors prosjektleder. Som tidligere fortalt, benyttet hun helseparty som en god anledning til å invitere venner som hun ikke hadde møtt på lenge hjemme til seg selv. Selv om alle gjestene kjente henne godt, kjente ikke alle hverandre. Flere møttes for første gang på dette helsepartyet. Helseparty 4 kan sies å bestå av 2 grupper gjester; de som var involvert i foreningen (NOORs lokallag på Mo,) og de som studerte sammen på voksenopplæringen. Det så ut som om enkelte personer i hver gruppe kjente hverandre godt. Gjestene på helseparty 5 var kvinnelige deltakere av programmet

Jobbsjansen. Det er ikke klart hvor godt de kjente hverandre. Siden helsepartyet ble avholdt på et møterom på NAV, og med kamera (streaming) til stede, ville det uansett vært vanskelig å oppdage de mulige private relasjonene.

Kvinnenettverket NOOR

En representant fra NOOR (som prosjekteier) fungerer som koordinator av disse helsepartiene. Det vil si at i teorien var NOOR en aktiv aktør i planleggingsfasen, ikke nødvendigvis en aktør i gjennomføringen av helsepartiene. Men min observasjon tilsier at NOORs tilstedeværelse var veldig synlig på de gjennomførte helsepartiene. Som jeg drøftet tidligere satte flere av NOORs styremedlemmer i ressursteamet. De fungerte som ressursperson nr. 2 på tre av de syv observerte partiene. Både leder av NOOR og en representant fra NOORs lokallag på Mo i Rana hadde arrangert helseparty, den ene som privatperson, og den andre på vegne av organisasjonen. Enkelte styremedlemmer var også med på helsepartiene som vanlig gjester. Bodø er jo ikke en stor by, og innvandermiljøet er heller ikke så stort. Det er ikke uvanlig at en person sitter i flere roller, eller har tilknytning til flere innvandrersorganisasjoner eller -miljø. Selv om mange av nøkkelpersonene til NOOR deltok på helsepartyet som privatpersoner (ressurspersoner, gjester, eller privat vert), er det vanskelig å skille mellom dem som privat fagperson og som representant av NOOR. Når deres roller på helsepartyet ikke ble avklart, er det lett for gjestene å oppfatte dem som representanter av NOOR i og med at det er NOOR som utviklet prosjektet om helseparty. Det kan derfor stilles spørsmål om hvordan deres tilstedeværelse kan påvirke gjestenes oppfatning av helsepartyet, som egentlig skulle være en privat begivenhet, og som egentlig skulle eies og styres av gjestene selv (ifølge NOORs design av helseparty). Mitt inntrykk var at NOORs eierskap til *prosjektet* lett kunne bli oppfattet som eierskap til *de enkelte helsepartiene*. For eks. under mine uformelle samtaler med gjestene omtalte flere det aktuelle helsepartyet som et arrangement av NOOR. En ulempe med det, er at det kan svekke gjestenes følelser av 'eierskap' til helsepartiene, dvs. hvorvidt de tør eller føler seg fri til å ta del i helsepartiene når de oppfatter dem som en arrangement. Et annet spørsmål handler om ressurspersonene som samtidig var nøkkelpersoner av Kvinnenettverket Noor. Som fortalt tidligere, fungerte de kun som ressursperson nr. 2 på de partiene jeg observerte, og de dermed ikke hadde en aktiv formidlingsrolle. Det er jo nettopp på grunn av dette at de

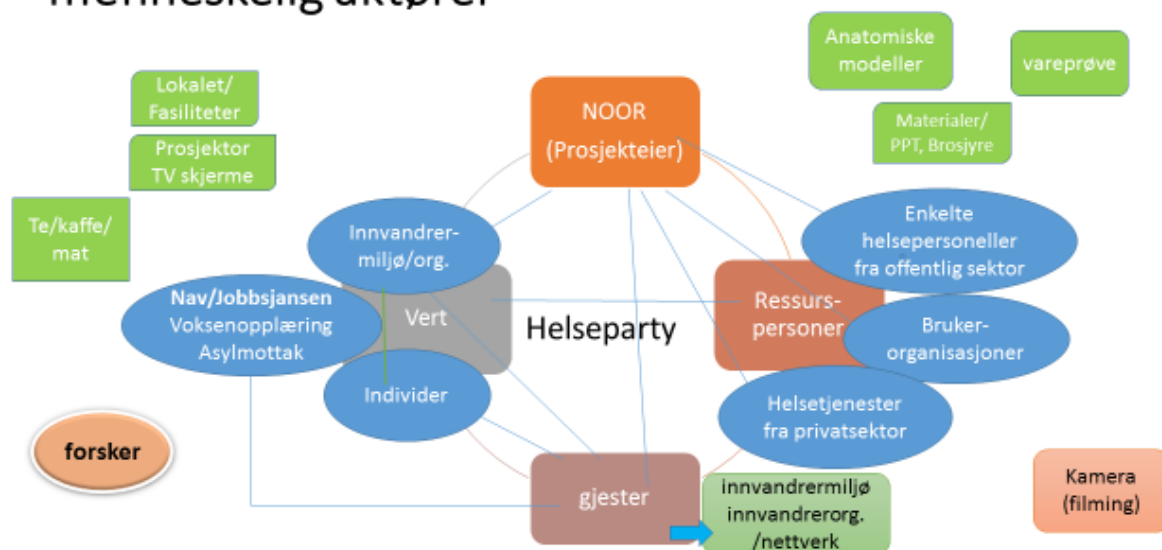
lett kan oppfattes som representant av NOOR. Men spørsmålet er hvordan deres rolle som ressursperson kan blitt oppfattet dersom det ble gjort klart at de stilte opp på helsepartyene som ressursperson, ikke som representant av NOOR. For eks., ville det svekket helsepartyenes legitimitet? Svaret er nei. For det først, ble de valgte inn som ressursperson på grunn av deres yrkesfaglig bakgrunn. Og denne yrkesfaglig bakgrunnen burde jo blitt gjort kjent overfor gjestene på forhånd. For det andre, det at ressurspersonene har en tilknytning til NOOR kan også ha visse fordeler, fordi gjennom de prosjektene som NOOR hadde gjennomført tidligere framstår NOOR som en seriøs organisasjon som faktisk representerer målgruppa. I tillegg har disse ressurspersonene selv innvandringsbakgrunn. Som jeg skal analysere senere, når gjestene kan identifisere seg med en ressursperson, vil den ressurspersonen få økt tillitt, og at informasjon som ble formidlet framstår som troverdig og relevant.

Et viktig funn fra kartleggingen av menneskelige aktører er at organisasjoner er godt representert i gjennomføring av helsepartyene. Selv om det var enkeltpersoner som møtte opp på de ulike helseparty, var det *en tydelig tilstedeværelse av organisasjoner*. Helseparty har trukket stor interesser fra mange organisasjoner, både fra offentlig sektor (Voksenopplæring, kommunen, asylmottak og NAV) og fra det sivile samfunn (brukerorganisasjoner, innvandrersorganisasjoner). De deltok aktivt på helsepartyene som verter, som ressurspersoner, eller som et ledd i rekruttering av gjestene. Som prosjekteier, hadde NOOR også en synlig tilstedeværelse.

4.1.2 Objekter som ikke-menneskelig aktør i gjennomføring av helseparty

Fra beskrivelsen av de gjennomførte helsepartyene, ser vi også at omstendigheter har påvirket gjennomføringen for eks. på stemning, formidling, samhandling, og effekt. For å drøfte dette har jeg identifisert disse objektene som ikke-menneskelig aktører (se bilde 3):

Bilde 3: Kartlegging av menneskelige og ikke-menneskelige aktører



Lokalet: blant de 7 observerte partyene, ble 3 gjennomført hjemme hos verten. Resten ble avholdt på mer eller mindre offentlige lokaler. Min observasjon var at hjemmepartyene hadde en mer avslappet stemning, hvor gjestene også virket mer frigjorte og deltakende. På hjemmepartyene sitter man på/rundt sofagrupper og skulderen senkes automatisk. Denne måten å sitte på bringer også deltakere nærmere hverandre. Det ble mer uformell prating og mer utveksling av erfaringer. På et offentlig sted sitter man derimot ofte på en stol rundt et bord, noe som ligner på et formelt møte eller et seminar. En slik setting gjorde at man ofte måtte tenke seg nøye om før man snakket. På den andre siden virket det som at ressurspersonene også kunne være litt anstrengte, i hvert fall i begynnelsen, når de kom til et helseparty særlig i private hjem som en «stranger».

Plassering av gjestene: En argumentasjon for modellen helseparty er at utfordringer tilknyttet språk kan løses med at deltakere kan operere som tolk for hverandre. Det er da viktig å tenke over hvordan de som trenger tolk skal plasseres, eller hvem skal de skal plasseres sammen med. På et helseparty der flere trengte hjelp av tolk, ble imidlertid de som trenger tolk og de som kunne være tolk adskilt på to bord. Derfor ble ikke tolkingsforhold og praksis «enacted» eller gjennomført. Man kan da stille disse spørsmålene: Var verten bevisst på dette aspekt med tolking i konseptet helseparty? (Eller mer generelt, om alle vertene

hadde fått god informasjon om konseptet helseparty fra NOOR?) Og kjente verten til gjestenes behov på forhånd?

Mat og drikke: i tillegg til lokalet anser jeg også servering av mat og drikke som et viktig «party-element». På de tre hjemmepartyene var det servering av mat som gjorde at helsepartyet ble mindre formelt og mer koselig. Det bidro kanskje også t til en avslappet stemning som nevnt i forrige punkt, fordi serveringen av mat kom før den faglige delen om helse. Via mat og uformell prat ble deltakerne og ressurspersoner bedre kjent. Dette skapte en trygghet som bidro r til en god dynamikk blant gjestene, og mellom gjestene og ressurspersonene under den faglige delen av helsepartyet. På de andre partyene, ble det servert te/kaffe pluss litt frukt eller kjeks. Selv om det var hyggelig med kaffe og te, var det ikke satt av tid til servering på forhånd. Når man startet helsepartyet direkte med presentasjon, var det også veldig få som faktisk drakk og spiste. Jeg har ikke diskutert dette med vertene, men jeg vet at i mange kulturer er det uhøflig å spise og drikke mens andre snakker. I hvert fall er poenget mitt at servering av te/kaffe ikke bidro til en god og avslappet stemning, noe som igjen kunne ha skapt trygghet og nærhet blant og mellom deltakerne. Et viktig poeng her er at det ikke er mat og drikke som aktører i seg selv som skape en forskjell, men heller måten dette ble kombinert med andre aktører, både de menneskelige aktørene (f. eks. verten og gjestene) og umenneskelige aktørene (f. eks. lokalet).

PowerPoint (PPT) via Projektor/TV: PPT ble benyttet på alle helsepartyene, enten via projektor eller via TV. PPT-presentasjoner bidro til at det var lettere å følge med presentasjonen, og å fange opp den viktige informasjonen, særlig for de som ikke hadde norsk som morsmål. Dette opplevde jeg selv på helsepartyene, jeg som hadde lært norsk i voksen alder og ikke har noen medisinsk eller helsefaglige bakgrunn. Dette bekreftes også av vertene. I intervjuene nevnte nesten alle vertene at det er en fordel å ta i bruk PPT. Informant A sa at man «får mer detaljert informasjon med projektor som hjelpemiddel». Mer spesifikt mente hun at PPT som ble brukt på hennes helseparty inneholdt både tekst og bilder. Informant B sa:

Ja, jeg syns det er bra å bruke PowerPoint. For da har man noe å feste øyet på. Og kanskje det man ikke forstår i lyd, kan man se og lese selv. Så jeg syns det er en fin måte at man har PowerPoint, eller noe som får folk feste øynene på. (Informant B)

Forskning viser at når innvandrere lærer seg norsk er en stor utfordring nettopp uttale/lyd eller fonetikk, og utfordringen varierer fra gruppe til gruppe (Steien and Van Dommelen, 2016; Harnæs and Van Dommelen 2013). Her pekte informanten på denne utfordringen når hun sa at «hvis man ikke forstår lyd, kan man se og lese selv». Samtidig pekte Informant E på at utfordringen med forståelse ikke er bare var knyttet til det norske språket. Hun sa:

Fagspråk er også noe som er vanskelig, kanskje ikke for oss som har helsefaglig bakgrunn. Det er bra vi har projektor. Jeg tror de fleste har fått med seg mye. De fleste forstår [norsk] godt, samtidig kan man jo lese hva som står på lysarkene. Hvis man ikke har noe på skjermen, så kan det være vanskelig å følge med, tenker jeg. (Informant E)

«Fagspråk» eller terminologi har ofte vanskelige «lyder» og uttale. Det er ikke bare vanskelig å forstå dem, men også vanskelig å gjenta dem. Det jeg observerte var at det at man kunne se de vanskelige ordene på skjermen også gjorde det lettere for gjestene å stille spørsmål. For eks. når en vanskelig terminologi ble nevnt, kunne man lett peke på det ordet i skjermen og spørre, «Men hva betyr det?». Det var også vanlig at en gjest ba ressurspersonen å vise gjeldende lysark når de stilte spørsmål. Det vil si at utstyr (projektor eller TV) og PPT ble et viktig ledd mellom formidling og inntak av informasjon.

Brosjyre: På de fleste helsepartiene ble det delt ut informasjonsbrosjyrer om helseparty, organisasjoner og/eller om valgte tema. Disse brosjyrene markerte tilstedeværelsen av organisasjonene som hovedaktører i gjennomføringen av helsepartiet. Samtidig gjenspeilte de intensjonene/agendaen til disse aktørene i sin deltakelse på helsepartiet. Dette kommer jeg tilbake til i de neste avsnittene. Brosjyrene med informasjon om sykdommer eller helsetematikk var også en del av informasjonsformidlingen på helsepartiene.

Anatomiske modeller og vareprøve: På et helseparty hvor tema var astma og allergi brukte hovedressurspersonen anatomiske modeller av respirasjonssystemet for å vise hvordan symptomene til astma oppstår. Dette syntes deltakerne var interessant og bra. Verten nevnte dette da jeg spurte henne i intervjuet om hva hun syntes var bra fra helsepartiet. Også på dette helsepartiet ble det delt ut vareprøver av astma- og allergivennlig produkter, som vaskemidler, shampo, og såpe. Disse kom som en positiv overraskelse på deltakerne, og gjorde at dette helsepartiet lignet på et Tupperware party, noe som helsepartiene har blitt inspirert av.

Kamera og filming: Som tidligere nevnt ble helsepartyet som ble avholdt på NAV filmet av NRK. Her ble kamera en viktig aktør i gjennomføringen fordi alle ble så anstrengt foran et kamera. Dettebegrenset tydelig «agency» av de menneskelige aktørene, særlig gjestene.

4.2 Et party, ulike formål – Motivasjon og formål av deltakerne

Når de menneskelige aktørene møttes på et helseparty, hadde de ofte forskjellige formål og motivasjoner. Her drøfter jeg motivasjonen til både ressurspersonene, vertene og gjestene. Jeg vil fokusere på intensjonene til vertene, fordi de spilte en særlig viktig rolle i både planlegging og gjennomføring av helsepartiene.

Ressurspersonenes motivasjoner for deltakelse på helsepartyet

Som vi husker har jeg identifisert tre kategorier ressurspersoner. *Den første* er brukerorganisasjoner, som AAF, SF og DF. Når en ressursperson fra en brukerorganisasjon ble invitert til et helseparty, var hun mer som representant av organisasjonen enn en privatperson. Med et tydelig organisasjonsperspektiv var noe av deres agenda nettopp å gjøre sin organisasjon kjent blant partygjestene, og å rekruttere nye medlemmer. Dette var også en av grunnene til at de ble invitert til prosjektet. For eksempel var det flere av ressurspersonene fra brukerorganisasjonene som delte ut informasjonsbrosjyrer om sykdommene og organisasjonene. Medlemsskjema var også tilgjengelig på et helseparty, og på et annet helseparty delte ressurspersonen ut vareprøver som kunne forebygge plagene. Logoen til denne organisasjonen var også trykket på pakningene til vareprøvene. Når det gjelder ressurspersonene i *kategori 2 og 3*, deltok de på helseparty som privatpersoner. Jeg hadde spurt de individuelle hovedressurspersonene om hvorfor de ville være med på dette prosjektet. Siden jeg spurte under selve helsepartiene, ble svarene deres ganske overfladiske og generelle. For eksempel syntes de at helseparty hørtes spennende ut og ville gjerne bidra. Men jeg fikk også et inntrykk av at de alle hadde en personlig interesse i mangfoldsspørsmålet. Samtidig sa de at det er viktig for personer med minoritetsbakgrunn å få nødvendig informasjon om helse og helsesystemet i Norge.

Vertenes motivasjon bak helseparty

De syv helsepartiene som jeg var med på ble gjennomført veldig forskjellig. De var forskjellige i størrelse (antall gjester varierte fra 5 til 20) og tema, i forhold til lokalet (et

privat hjem eller et offentlig sted), hvem verten var (privatperson eller organisasjon), sammensetningen av gjestene, party-elementene (dvs. elementene som får et helseparty til å bli oppfattet som et party) og kommunikasjonsformer (hvem skal snakke, om det var preget av monolog eller samtaler) og ikke minst fremgangsmåten til ressurspersonene osv. Men mange av disse forskjellene er tilknyttet til hvem verten var, og hennes forståelse av, og forventninger til et helseparty. Hvis vi bruker et ANT-perspektiv for å forstå praktiseringen og gjennomføringen av helseparty (enactment), er verten en viktig aktør som igangsetter eller oversetter helseparty fra konsept til praksis. Denne igangsettingsprosessen og resultatet henger tett sammen med hvordan de forstår et helseparty, og hvordan de ser på nytteverdien av et helseparty. Dette har jeg analysert via å se på intervjudata om vertenes motivasjon.

Når jeg spurte vertene om hvorfor de var interesserte i å arrangere et helseparty, fikk jeg ofte til svar at de syntes idéen om helseparty var spennende og prosjektet om minoriteters helse var viktig. De sa også at det fins et behov blant målgruppa for mer informasjon om helse og helsesystemet i Norge. Men likevel fins det andre grunner eller motivasjoner som er mer individuelle og kontekstavhengig. I analysen har jeg identifisert tre ulike perspektiv.

1. Organisasjons perspektiv – helseparty som *arrangement* og *integreringsarbeid*

Dette perspektivet finner vi blant de vertene som sa tydelig fra om at de arrangerte party på vegne av sin organisasjon, det vil si informant A, C og D. For eksempel sier A følgende til meg:

Jeg fikk informasjon fra en venninne. Hun hadde brosjyrer, penn⁶ og noe sånn. Hun vet at jeg er leder for XXX (en innvandrersorganisasjon). Jeg fortalt henne en gang at hvis hun hadde hørt om noe arrangement eller noen organisasjoner som kan gjøre nyttig for oss, så måtte hun bare si fra. Så kunne vi bruke dem i våre aktiviteter. (Informant A, leder av en innvandrersorganisasjon.)

I dette sitatet forklarte informant A hvordan hun fikk informasjon om helseparty, men samtidig fortalte også hun om sin motivasjon bak helsepartyet. Her hadde hun et tydelig organisasjonsperspektiv. Hun omtalte helsepartyet som et «*arrangement* som kunne være nyttig» for hennes organisasjon, og som kunne brukes som en del av deres *egne aktiviteter*.

⁶ Penn som NOOR lager i forbindelse med markedsføring av helseparty.

Som leder av en lokal innvandrersorganisasjon var hun opptatt av å få flere aktiviteter. Det var da organisasjonen og organisasjonens interesse som sto i fokus under planleggingen og organiseringen av helsepartyet. Dette var særlig tydelig da hun forklarte valg av tema.

Forfatter: Hvordan ble tema bestemt?

Informant A: Når jeg leste brosjyren, var det ikke så stor (valg)mulighet. Jeg har sagt fra til XXX (koordinator fra NOOR) hva jeg er interessert i, kanskje kvinnehelse, kvinnesykdom eller sånn. Men hun fikk ikke tak i en gynekolog. Jeg ville at det (helsepartyet) ble bestilt fort så vi kunne begynne raskt. Da anbefalte hun tema allergi og astma fordi ressursperson var tilgjengelig.

Informanten forklarte at kvinnehelse og kvinnesykdom var det temaet som hun opprinnelig ville ha. Selv om hun ikke forklarte hvorfor, kan vi likevel anta at dette temaet i større grad ville truffet medlemmenes interesse og behov enn det endelige valgte temaet. Det var av rent praktiske grunner at temaet ble allergi og astma – nemlig at ressurspersonen var tilgjengelig, og ikke minst at verten ønsket å gjennomføre «dette arrangementet» så raskt som mulig.

Informant C var en representant fra NOORs lokallag på Mo i Rana. Helsepartyet (tema psykisk helse) på Mo ble arrangert kort tid før den offisielle etablering av lokallaget.

Informant C fortalte at hun eller lokallaget ville arrangere dette helsepartyet fordi hun syntes prosjektet var interessant og viktig. Samtidig ble denne fortellingen om at *prosjektet* var viktig blandet med en fortelling om at etablering av NOOR og NOORs engasjement var viktig. På selve helsepartyet hadde også verten benyttet sjansen til å introdusere NOOR som en frivillig organisasjon og et sosialt nettverk. Det ble også utdelt brosjyrer om NOOR og penn med informasjon om organisasjonen og helseparty. Tema psykisk helse og mestring av stress var derimot et bevisst valg. Informanten sa dette til meg før helsepartyet, men gjentok også det samme poenget da hun som vert introduserte temaet i begynnelsen av helsepartyet,

«Mange av oss er fra land med sol hele året. Når vi kom hit, var vi ikke vant til mørketid i nord. Man blir trist, lei og deprimeret. Det er viktig å snakke om mental helse, fordi når hodet fungerer bra, fungerer kroppen bra.» (Informant C)

Informant D, som er prosjektleder ved NAV, representerte ikke bare et organisasjonsperspektiv, men også et offentlig perspektiv – om hva et helseparty er og hva dets nytteverdi er.

Forfatter: Hvordan fikk du informasjon om helseparty?

Informant C: Jeg fikk informasjon om helseparty på et dialogmøte hvor politikere møter innvandrergupper. En representant fra Noor var der, og hun fortalte om kvinnenettverket Noor og om helseprosjektet. Da tenkte jeg at dette var interessant for mitt prosjekt og mine damer. ...

Forfatter: Så du syns helseparty er nyttig til ditt prosjekt. Men helseparty handler om helse og ditt prosjekt handler om tilgang til arbeidsmarkedet. Så hvordan ser du sammenhenger?

Informant C: Ja, det vil det jo selvfølgelig være. Du må jo ha helse til å være i arbeid. Og det er viktig at når du er i jobb, så vet du også hvordan du skal ta vare på kroppen din for at du ikke skal bli feilbelastet, eller du skal gå syk over lang tid uten å gjøre noe med det.

Jobbsjansen handler om integrering generelt, ikke kun ut i arbeid, men også om å fungere i samfunnet: følge opp ungene sine, fungere bra på foreldremøter, på skole, delta på fritidsaktiviteter rundt fotballtrening og fotballkamp og sånne ting. Da er det viktig at man tar vare på seg selv. Og at man kjenner de rettighetene man har i Norge. Dette med at man har rett til å få undersøkelse og å få helsehjelp. Emm, ja, så det er litt viktig å få vite alt som har med samfunnet å gjøre. Ja. Det er den beste integreringen.

Denne samtalen viser hvordan informant C, som en offentlig person (vs. en privatperson) «oversatte» konseptet helseparty for å innlemme det i sitt eget arbeid og prosjekt. Hun snakket først om sammenhengen mellom helse og arbeid, hvor god *helse* er en forutsetning for at man kan fungere bra i *arbeidslivet*. Så byttet hun tema fra *arbeid* til *integrering* generelt. Dette avspeiler en dominerende forståelse i norsk integreringspolitikk, nemlig integrering via arbeid, eller at arbeid er nøkkelen til integrering (Rugkåsa 2010, Djuve 2011). Jobbsjansen handler om jobb, men resonnement bak er for integrering. Samtidig utfordrer informanten denne forståelsen, og sier at integrering ikke bare handler om «ut i arbeid», men «å fungere i samfunnet» inkl. å «ha rett til å få undersøkelse og få helsehjelp». I denne sammenhengen ble helseparty forstått og brukt som *en del av integreringsarbeidet*, fra en offentlig tjenestes ståsted.

Det er også interessant å se på hvordan hun ser på nytteverdien av konseptet. I tillegg til at hun syntes at helseparty kunne ha gode integreringseffekter, hadde hun også et *rettighetsperspektiv*. Det vil si at man trenger ikke bare informasjon og kunnskap om hvordan kroppen fungerer, og hvordan vi kan ta godt vare på kroppen vår, men også informasjon om rettigheter man har som pasienter eller samfunnsborgere i forhold til helsetjenester. I NOORs prosjekt vedrørende helseparty hadde de inkludert informasjon om systemet til norsk helsevesen, og om hvordan man skal søke helsehjelp når det er behov. Men rettighetsperspektiv har vært manglende. Derfor kan vi si at informanten ut fra et offentlig perspektiv har gitt konseptet helseparty et nytt innhold.

2. Fra organisasjonsperspektiv til et individuelt perspektiv

Informanten E var i tillegg til å være et aktiv medlem av NOOR, også en nøkkelperson til en lokal innvandrersorganisasjon. Men i motsetning til informant A hadde hun understreket i intervjuet at helsepartyet som hun arrangerte var hennes private party. Samtidig beskrev hun en prosess hun selv hadde gått gjennom, om hvordan hun valgte å ha et privat helseparty, i sitt eget hjem.

Forfatteren: Du er en av de få som arrangerte helseparty hjemme. Syns du at det er viktig? Og hvorfor det?

Informant E: Jeg hadde tenkt å ha den på en annen plass. Jeg hadde spurt organisasjonen [innvandrersorganisasjonen hun tilhørte] om de hadde lyst til å arrangere et helseparty, et sånt som var åpen for alle medlemmer. Men det var noen i styret som var imot det. Da tenkte jeg ok, jeg kan arrangere det. Hvis det er jeg som arrangerer dette så vil jeg helst ha det hjemme, da har jeg mer kontroll. Siden det er privat, så trenger jeg ikke å tenke på noe annet. Så kan jeg fritt invitere mine gjester. Hvis de er interesserte, så kommer de.

Forfatter: Så du vil ha mer kontroll på hvem du vil invitere?

Informant E: Ja, hvis jeg gjør det privat, så vil jeg ha mer kontroll på hvem jeg vil invitere. Så jeg valgte å ha det hjemme selv om det kanskje ville ta t ekstra tid og arbeid. Hjemmet må jo ryddes og forberedes, ikke sant? Derfor inviterte jeg bare noen som jeg tror jeg kan stole på. Det er ikke bestandig jeg vil ha folk i hele huset.

Mmm... jeg tenkte i ettertid at det egentlig var bra at jeg valgte å ha det hjemme som et privat party, fordi det ble en mye mindre gruppe, og de som var der, vi kjenner hverandre veldig godt. Da ble de mer engasjerte og mer frie til å prate ... Som du ser, trives vi veldig godt i lag. Vi hadde det så koselig den dagen.

Forfatter: Så syns du at hvis det var organisasjonen som arrangerte dette helsepartyet, ville det ha fungerte mindre bra?

Informant E: Hvis det hadde skjedd i en større samling, i regi av en organisasjon, så ville man bare sittet der, som på en ordentlig forelesning, ikke sant? Ingen tør å spørre.

Det er flere interessante punkter i dette utdraget. For det første henger valg av lokalet tett sammen med hvem verten er, eller hvordan verten vil posisjonere seg, som en privatperson eller som en organisasjon. Som hun fortalte, hadde hun først tenkt å arrangere helsepartyet «på en annen plass» fordi hun først planla helsepartyet på vegne av sin organisasjon.

For det andre, fins det en implisitt prioritering i planleggingen av helsepartyet. Avgjørelse om et privat party hjemme kom etter at hun fikk nei-signal fra organisasjonen. Det vil si at det å ha et privat hjemmeparty ikke var hennes førstevalg. Samtidig uttrykte hun at det krevde mer tid og arbeid å arrangere et privat hjemmeparty. I tillegg til rydding og klargjøring av hjemmet, må man også gjøre andre forberedelser, for eks. utstyr, mat og drikke, osv. Man kan dermed spørre seg om dette var en av de grunnene til at flere foretrakk å involvere organisasjoner til å arrangere helseparty. Villighet til å ta et personlig ansvar er en ting. Materielle og praktisk betingelser er en annen ting. For eksempel, har man nok plass (et stort hjem) til et privat party, hva med prosjektør eller annet utstyr, og hvis helsepartyet skal avholdes hjemme, hva med andre familiemedlemmer? Skal de også få være med eller skal de plasseres i et annet sted? Selv om alle de tre vertene som arrangerte hjemmehelseparty hadde forholdsvis store hjem, viste det seg at parkering kunne være en stor utfordring.

For det tredje, peker informanten på at en fordel med å arrangere et privat party er at man har mer frihet, ikke minst frihet til å velge gjester. Som hun fortalte, hvis det var organisasjonen hennes som skulle arrangere helsepartyet, var det nesten obligatorisk å sende invitasjon til alle medlemmene. Samtidig reflekterte hun over dette om hvordan sammensetning av gjestene kan påvirke gjennomføringen og utfallet av et helseparty. Selv

om et privat helseparty ikke var hennes førstevalg, kom det likevel som en positiv overraskelse at det faktisk fungerte bedre enn et «offentlig» eller «åpent» helseparty. Hun nevnte to ting som var vesentlig for at hennes party ble en suksess: størrelsen av helsepartyet (antall gjester) og relasjonen mellom gjestene. Det vil si at en mindre gruppe og nære forhold mellom gjestene skapte trygghet for gjestene til å delta aktivt (det å spørre, prate eller diskutere) på helsepartyet.

3. Både organisasjons og individuell perspektiver

Informant B er kanskje den person som kjenner konseptet helseparty best. Hun er både leder av NOOR og prosjektleder for helseparty. I pilotprosjektet hadde hun arrangert to helsepartyer hjemme hos seg selv. Det først partyet hadde stoffskifte som tema, og var et vanlig helseparty. Det andre partyet hadde diabetes og kosthold som tema og ble arrangert i forbindelse med innspilling av en kortfilm om helseparty. Jeg observerte det første, og intervjuet som jeg gjorde med henne var også basert på det første helsepartyet. Når hun ble spurt om hvorfor hun ville arrangere et helseparty, svarte hun følgende:

«Selvsagt syns jeg jo at konseptet er interessant (Forfatter: Ja. Hehe...) hehe ...[latter], og jeg ønsket å prøve det ut som vert. Så er det sånn at jeg hadde et genuint ønske om å få vite litt mer om temaet som vi hadde på helsepartyet: stoffskifte. Så når det ble mulighet å få informasjon om det, tenkte jeg at jeg måtte bare benyttet meg av det.» (Informant B)

Når B brukte ordet «selvsagt», refererte hun til sin rolle som prosjektleder. Samtidig er det nettopp dette som er interessant her: hvorfor vil prosjektlederen arrangere et helseparty selv? Her snakket hun om to ting, eller to posisjoneringer. Som prosjektleder var hun nysgjerrig på hvordan helseparty fungerte i praksis. Derfor ønsket hun å prøve det ut som vert. Men som privatperson og en del av målgruppa, hadde hun også et kunnskapsbehov, spesielt om stoffskifte. Det vil si at hun arrangerte helseparty delvis som prosjektleder og delvis som privatperson. I resten av intervjuene beveget hun seg mellom disse to posisjonene, og på enkelte tidspunkt var disse to posisjonene faktisk flettet sammen. For eks., når hun reflekterte over gjennomføringen av helsepartyet, sa hun:

«For meg er det sosiale mer viktig. Det er som jeg har sagt tidligere, at jeg brukte det for å invitere folk som jeg ikke har hatt kontakt med på lenge til å komme hjem til meg. Jeg hadde tenkt lenge at, «Å, jeg må invitere dem hjem til meg.» Men har aldri funnet en riktig anledning å komme med en invitasjon. Da var helseparty en perfekt anledning, på en måte.» (Informant B)

Her posisjonerer informanten seg som en privat vert og fordypet sin personlig motivasjon bak helsepartyet: ikke bare at hun hadde en personlig interesse for valgte tema, men også at hun brukte helsepartyet som en anledning til å gjenoppta kontakten med tidligere venner og bekjente. Når jeg spurt henne om sammensetning av gjester, svarte hun følgende:

«Noen av dem, fordi jeg hadde jo litt dobbel rolle i dette. Noen av dem inviterte jeg for å gjøre helseparty kjent for dem, (Forfatter: Ja.) og at her har vi et tilbud som de kanskje kan være interessert i». (Informant B)

Selv om partyet var hennes private party og gjestene er hennes private gjester, brakte hun samtidig et organisasjonsperspektiv i valg av enkelte gjester. Dette strategisk valget gjorde hun som prosjektlederen. Med å gjøre konseptet helseparty kjent for enkelte gjester håpet hun, igjen som prosjektlederen, på at de eventuelt kunne arrangere helseparty i sitt eget miljø – en slags snøballmetode i rekruttering av vertene. Når hun sa at hun hadde en «dobbelt rolle» i arrangementen av helseparty, refererte hun igjen til sine to posisjoner som i praksis er vanskelig å skille: posisjonen som en privatperson med innvandringsbakgrunn, og posisjonen som leder/prosjektleder for NOOR.

Når vi sammenligner disse tre perspektivene ser vi at alle informantene hadde (eller har hatt) et organisasjonsperspektiv i sitt initiativ til helseparty. Vi kan også anta at alle de som arrangerte helseparty til viss grad hadde en personlig interesse av dette arbeidet. For eks. svarte informant D følgende da jeg ville avklarte hennes rolle i organiseringen av helsepartyet, «Da jeg inviterte dem hit, så var det som prosjektleder av Jobbsjansen. Men det var også en personlig interesse og nysgjerrighet for hva dette er.» Så forskjellen ligger kanskje i hvordan informantene vil posisjonere seg i planlegging og gjennomføring av helsepartyet. Når jeg analyserte hvordan gjennomføring av helsepartyet ble påvirket av vertenes motivasjon og perspektiv, har jeg også sett på effekt, dvs. hvordan de ulike

helsepartiene ble. Fra analysene ovenfor så vi at vertene spilte en viktig rolle her fordi det var de som la premissene, og til rette til gjennomføringen. Med et klart organisasjonsperspektiv ble informant A's to helsepartier planlagt og gjennomført som «et arrangement» av organisasjonen som A og gjestene tilhørte. Med en offentlig tjenestes perspektiv, var helsepartiet informant D arrangerte *en del av programmet Jobbsjansen*. Det var lagt til tidspunktet for programmets faste «torsdagsmøte» som var obligatorisk for deltakerne. Her kan man selvfølgelig stille et spørsmål ved om vi faktisk kan kalle dette for et «helseparty» sånn som NOOR opprinnelig hadde designet det. Med tanke på formen, tidspunktet og lokalet (et møterom ved NAV-kontoret i Bodø) lignet dette helsepartiet mer på et «torsdagsmøte med et helserelatert tema».

Gjestenes motivasjon til deltakelse av helseparty

Spørsmål om hvem gjestene var og hvorfor de ville komme på et helseparty er tett tilknyttet til hvem verten var, og hvordan hun oppfattet helsepartiet. På alle helsepartiene jeg var med på spurte jeg flere gjester om hvorfor de var interessert i å komme til dette helsepartiet. Jeg har identifisert disse hovedmotivasjonene:

1. Det å være sosial og hyggelig:

De fleste jeg spurte la vekt på det sosiale aspektet av helsepartiet. Mange sa at de syntes det var hyggelig å bli invitert til et party. På et helseparty som hadde temaet «psykisk helse» sa en gjest til meg i pausen, «Livet i Norge er jo litt kjedelig, særlig på vinteren. Det er så få aktiviteter man kan gjøre. Så å kunne møte andre personer i en slik anledning er bra.» Det gjesten impliserte her er at helseparty som aktivitet i seg selv gir god effekt til psykiske helse. Gjestene på helseparty 2, hvor alle gjestene var vertens personlig gjester, sa også at det var hyggelig å bli invitert til hjemmet til verten.

2. Å få informasjon om det valgte temaet.

Helseparty handler om å få informasjon om helse. Jeg har ikke spurt alle gjestene men blant dem jeg spurte var det bare én som sa at hun kom på grunn av valgte tema (astma og allergi). Men det var flere som nevnte at de hadde en personlig interesse av det valgte temaet. For eks. sa en gjest som var både på helseparty 6 og 7 til meg, «Vi er en gjeng som liker å treffes. Når XXX [navn på verten] arrangerer helseparty, synes vi jo at det er koselig. I

tillegg er temaet [overgangsalder, party 7] veldig aktuelt for meg.» Helsepartyet som denne gjesten snakket om hadde et tema som var bestemt av gjestene kollektivt. Fremdeles sa hun at det sosiale aspektet var den primære grunnen for henne til å komme. Det å få informasjon om helse var sekundært eller noe «i tillegg». Dette innebærer at om man vil trekke flere til et helseparty må man legge mer vekt på det sosiale aspektet.

3. Å øve på norsk

Denne motivasjonen var mest tydelig på det helsepartyet hvor halvparten av gjestene var elever på voksenopplæringen, og hadde bodd i Norge relativt kort tid. På dette helsepartyet var det en 15 minutters pause i den faglige presentasjonen. Da hørte jeg at flere av gjestene diskuterte med hverandre, «Hvor mye har du forstått?». De fortalte også meg at det kanskje ikke var så viktig hvor mye de kunne forstå, det viktigste var at de måtte øve seg på å høre på norsk og prate norsk i «ekte situasjoner». Det skjedde også en liten episode under dette helsepartyet angående det å øve på norsk i «ekte situasjoner». Kort tid etter at ressurspersonen, som hadde en annen dialekt enn nordnorsk begynte å prate, spurt en gjeste høyt, «Kan du snakke bokmål?»

4. Å bli kjent med folk og samfunnet

For de som er relativt nyankomne, er også å bli kjent med folk og det norske samfunnet en motivasjon for å komme på helseparty. Flere som allerede hadde bodd i Norge en stund sa også at det «alltid er lurt å vite mer om det norske systemet, for eks. hva slags tilbud det finnes, og hva slags rettigheter man har som pasient.»

5. Nysgjerrig

Jeg har også truffet flere gjester som sa at de kom til et helseparty fordi de var nysgjerrige på helseparty. Disse gjestene var ofte de som er samfunnsengasjerte, og som har fulgt NOORs aktiviteter tett.

6. De må (?)

Selv om ingen av gjestene fortalte det, med tanke på at flere helseparty ble arrangert av offentlig aktør som krever obligatorisk deltakelse (for eks. det av Jobbsjansen som jeg observerte og det av voksenopplæringen), er det naturlig å tro at det fins noen som kom på helseparty fordi de måtte. Dette betyr imidlertid ikke nødvendigvis at alle på dette

helsepartyet ble tvunget til å komme. Det kan også hende at noen opplevde helsepartyet som overraskende bra selv om de i utgangpunkta var ikke særlig interesserte.

4.3 Nytteverdi av helseparty

Jeg har i intervjuene spurt vertene om hvordan de opplevde helsepartyene, og hva som var nytt med helseparty sammenlignet med andre informasjonsmøter. Alle vertene snakket da om nytteverdien av helsepartyet de hadde gjennomført selv, ikke nødvendigvis helseparty generelt som en modell eller konsept. Det vil si at svarene jeg fikk var veldig forskjellige, ikke bare fordi at de gjennomførte helsepartyene var forskjellige, men også fordi vertene hadde ulikt sammenligningsgrunnlag ut fra sine tidligere erfaringer.

Informant A sammenlignet helsepartyet med informasjonsmøter hvor hun deltok som tolk. Hun sier:

Ja, jeg har vært på andre informasjonsmøter, egentlig ikke sånn direkte, men jeg var tolk for sånne møter. Det gjelder barn og skole og jeg var der som tolk. Ja. Sånn da fikk man informasjon. Hvis vi sammenligner dem med helseparty, så er kanskje helseparty mer detaljert, err... med hjelpemidler, projektor og andre ting. Så kanskje det er bedre, fordi det er så mye. Du kan bare forstå og snakke eller stille spørsmål. Men når du er i en stor gruppe, så mister du noe informasjon, eller når du er på tolking, fordi alle snakker. Det var en blandet gruppe. Og det var ikke bare jeg som var tolk. Det var også russisk, somalisk og andre språk. (Informant A)

Her sammenligner A helseparty med informasjonsmøtene på skolen hvor hun har fungert som tolk. Hennes oppfatning er at på helseparty får du mer utfyllende informasjon grunnet flere faktorer: 1) Det er hjelpemidler (f. eks. anatomimodeller på ett av hennes helseparty) og projektor. 2) mindre gruppe. 3) uten «forstyrning» av tolking. Det siste perspektivet på tolking er særlig interessant. Vanligvis tenker man at tolking er et veldig viktig og nødvendig hjelpemiddel til en slik informasjonsformidling med minoritetsspråkelige som målgruppe. Men informanten sier at tolking, i hvert fall i en stor og blandet gruppe, faktisk kan forstyrre informasjonsformidlingen.

Når jeg spurte informant B om hva hun syntes var annerledes på helseparty sammenlignet med andre informasjonsmøte hun hadde vært med på tidligere, svarte hun:

B: Det er jo setting da som er annerledes enn det man er vant til, som for eksempel et seminar eller temakveld eller noe sånt.

Forfatter: Med setting, tenker du på at helseparty ble avholdt hjemme?

B: Ja, hjemme. Og så i og med at det var hjemme hos meg, så det var på en måte på hjemmebane. Så, det er lettere for meg å ta initiativ å spørre, og på en måte å være aktiv. Mm..... Det er jo det at på en måte alle de som var der, var det JEG som inviterte til, det var jeg som ønsket dem dit. Så det var på en måte ikke sånn, «Nei, det her spør jeg ikke om» Man har ikke den usikkerheten som man har på et vanlig informasjonsmøte der man ikke kjenner folk. Ja. Men det kan hende at de som var med, mine gjester, ikke kjente alle der... Jeg kjente jo alle der. Det er jo derfor de var der. Men kanskje de som ikke kjente alle der, de følte noen hemninger. Det vet jeg ikke.

Informant B, som er prosjektlederen av dette prosjektet, kjenner jo godt til konseptet helseparty. Så det er vanskelig å si om hun egentlig snakket om konseptet helseparty (hvordan et helseparty skal være) og gjennomføring av sitt eget helseparty (hvordan det hadde vært) når hun sa det var settingen som var annerledes. Men likevel refererte hun til sitt egne helseparty som ble avholdt i hennes hjem, og hvor gjestene var hennes private gjester. I tillegg til at hjemmesettingen ga henne en følelse av å være på hjemmebane, noe som igjen ga henne mer frihet til å ta del i helsepartyet, nevnte hun også at kjennskap til alle de andre gjestene skapte en trygghet for å stille spørsmål. Her snakket hun som en vanlig deltaker av helsepartyet. Samtidig var hun usikker på om de andre gjestene hadde opplevd samme trygghet, siden alle gjestene kjente henne men ikke hverandre.

Informant E, som også arrangerte hjemmehelseparty, opplyste også om at hjemmesettingen og god kjennskap til gruppa skapte trygghet, som igjen bidro til en bedre inntakelse av informasjonen. Tidligere har jeg analysert hvorfor E valgte å arrangere helsepartyet hjemme, og hvordan hun opplevde det som en fordel sammenlignet med et «seminar-lignende» helseparty i regi av hennes organisasjon. Når jeg spurte henne om hva hun synes var bra med helseparty på slutten av intervjuet, sammenlignet hun også helseparty med andre sosiale samlinger gruppa hadde hatt tidligere. Hun sa:

Jeg tenkte etterpå vi kunne ha flere party, flere tema, fordi det fins mye info som ikke har nådd fram til folk, særlig i vår gruppe. Jeg har inntrykk av at mange ikke forstår de symptomene de kan ha, for eksempel diabetes, stoffskifte, overgangsalder, det er så mye man kunne få info om. Det er ganske nyttig. Helseparty er et bra tilbud. Vi kunne også snakket om disse temaene etter at dere [ressurspersonene og forskeren] dro, ikke sant? Fordi vi prater ikke om disse temaene til vanlig. Vi er litt for sjenerte til å prate med legen om alt mulig. Fordi vi føler at, ja, mange av oss er sjenerte. Så det er bra å ha den tryggheten at de kan spørre. (Informant E)

For henne og hennes gruppe ligger nytteverdien av helseparty mer i «helse» enn i «party». Som nevnt flere ganger var det her snakk om en gruppe som møttes og «partied» ofte i ulike private sammenhenger. Men helse var et tema de sjelden snakket om. E som også var

helsepersonell snakket om sin bekymring for at mange i hennes gruppe ikke hadde fått nok informasjon om de ulike sykdommene som kan ramme dem. Hun sa at det som var bra med helseparty ikke bare var at de kunne snakke om helse under selve helsepartyet med ressurspersonene til stede, men også at de kunne snakke om det etterpå, internt i gruppa uten ressurspersonene. Det vil si at én av nytteverdiene til helsepartyet er at det bidrar til mer bevissthet om sin egen helse blant gjestene, og på en del helseproblemstillinger som kan være aktuelle for dem. Igjen snakket informanten om trygghet som et viktig premiss for at gjestene kunne ta aktivt del i helsepartyet.

Jeg hadde en samtale med informant C rett etter helsepartyet, hvor hun uttrykte at hun var veldig fornøyd med oppmøtet og gjennomføring av helsepartyet. Da jeg spurte henne om hva hun syntes var bra med helseparty, sa hun at mange minoritetskvinner har begrenset tilgang til informasjon. I Norge, som i andre land, er nettverk en viktig kilde til informasjon. Hun refererte særlig til de gjestene som de hadde rekruttert fra voksenopplæringen, og sa at disse nyankomne damene trengte mer informasjon om alt. Det var viktig for dem å komme seg ut for å møte folk, snakke norsk, og å bli kjent med folk. Igjen ser vi at helsepartyet ble brukt som en del av rekrutteringsstrategien i forbindelse med etablering av Noors lokallag på Mo, da hun snakket om nettverkets betydning i forhold til tilgang til informasjon. Informanten sa også at psykiske helse var et tema som ble lite diskutert i målgruppa, derfor syns hun at helsepartyet var veldig nyttig.

Informant D representerer en offentlig instans. Samtidig representerer hun et majoritetsperspektiv, da hun var den eneste informanten som ikke hadde etnisk minoritetsbakgrunn. Dette majoritetsperspektivet ble veldig tydelig da hun svarte meg på nytteverdien av helseparty.

Forfatter: Så temadag som dere hadde ligner jo litt på helseparty. Men er det noe nytt da, fra helseparty? Eller det er ikke noe nytt, bare at det har et fancy navn?

Informant D: Grunnen til at jeg tenker på helseparty som noe lurt, er jo at det er minoritetskvinner som kom og fortalte. (F: Ja.) For det jeg opplever er at etnisk norske, for eks. om jeg skal snakke til, jeg kaller dem mine damer, (F: Em.) hvis jeg skal snakke med dem om religion eller, uansett hvor mye kunnskap jeg har, når ikke jeg frem, fordi jeg er norsk, jeg er hvit, og i hvert fall er jeg ikke muslim. Så uansett hvor mye kunnskap jeg har, hva som står i Koranen, når ikke jeg fram. (Y: Em--) Kommer det en muslim, gjerne fra samme land (F: Ja) og kommer med samme informasjon, når de fram på en annen måte. Så det jeg syns er bra og som jeg tror har positive effekter er at det er minoritetskvinner som kommer og forteller.

F: Jeg har jo vært med på 5 party. Ikke alle partyene har hatt ressurspersoner med minoritetsbakgrunn. (D: Nei.) Men du synes at XX (ressurspersonen) som selv er muslim har en effektiv effekt.

D: Ja, det tror jeg. Hun hadde jo hijab og på en måte tror jeg at ... (F: ja/) jeg tror at de har, Mm ..., respekt for hverandre når det er samme religion eller samme land, eller, hvis de har en fellesnevner ... så tror jeg at viljen til å ... Mm., å ta det seriøst er større, eller til å faktisk lytte på en annen måte er større, hvis de finner noe felles. (F:ja/) Ja.

F: Kanskje også lettere for dem å stille spørsmål?

D: Ja, det tror jeg og, fordi de vet at de møter forståelse. Og jeg tror at de føler seg tryggere enn når det er jeg som skal si ting. For de antar at noen andre vil kjenne seg igjen i det på en annen måte enn jeg kan for eksempel. (F: ja.) Så jeg tror at det har effekt. Ja.

Her snakket D ikke om nytteverdien av helseparty generelt som konsept, men av hennes eget helseparty hvor ressurspersonen tilfeldigvis hadde minoritetsbakgrunn. Denne fortellingen reflekterer utfordringene som hun møter i informasjonsarbeidet rettet mot minoritetsbefolkningen, og samtidig viser det at en ressursperson med minoritetsbakgrunn har en fordel når det gjelder å nå fram med den samme informasjonen. I følge hennes refleksjoner ligger forklaringene i at ressurspersonen med minoritetsbakgrunn vil møte mer respekt og tillit basert på felles bakgrunn eller identitet. Hun nevnte også at et felleskap mellom ressurspersonen og gjestene skaper en trygghet som er en god forutsetning for informasjonsformidlingen. Dette gjelder ikke bare informasjonsformidling om helse, men alle typer informasjon. Et annet viktig budskap fra D er at utfordringene om informasjonsformidling ikke bare handler om hvor mye informasjon, og hvilken informasjon som skal formidles, men også om hvor mye det vil bli tatt imot. Relasjonen mellom avsender og mottaker er da et viktig ledd i informasjonsformidlingen.

4.4 Er ressursperson med minoritetsbakgrunn en fordel?

Det er interessant at informant D sier at en ressursperson med minoritetsbakgrunn er en fordel, for da NOOR satte opp ressursteamet rekrutterte de bevisst personer med etnisk minoritetsbakgrunn. I prosjektbeskrivelsen står det:

NOOR ønsker i dette prosjektet å sette sammen et ressursteam som består av kvinner, gjerne med etnisk minoritetsbakgrunn, med helsefaglig kompetanse. i tillegg til at det faglige teamet skal ha en flerkulturell forståelse og kompetanse. Vi anser det som viktig at ressursteamet skal være språklig sterke, slik at de kan kommunisere på andre språk, som for eksempel engelsk og arabisk hvis det er nødvendig. (Noors prosjektbeskrivelse)

I gjennomføring av helsepartyene, var det flere ressurspersoner som hadde etnisk minoritetsbakgrunn. Blant de helsepartyene jeg observerte, var XX den eneste som fungerte som hovedressursperson. De andre ressurspersonene som hadde etnisk minoritetsbakgrunn fungerte som ressursperson nr. 2, som ikke har en aktiv formidlingsrolle. Som jeg har diskutert tidligere, var flere av dem også styremedlemmer av NOOR. Men XX har vært hovedressursperson på tre ulike helsepartyer. Etter party 5 på NAV, var hun hovedressurspersonen på party 6 og 7 som ble avholdt av samme gruppe. Jeg som forsker observerte alle disse tre. Så spørsmålet er, er en ressursperson med etnisk minoritetsbakgrunn en fordel? Jeg har som sagt veldig begrenset med datamateriale for å bevare spørsmålet, men jeg har gjort meg noen refleksjoner rundt dette i analysen.

En av NOORs argumentasjoner er at ressurspersoner med etnisk minoritetsbakgrunn er språklig sterke, og kan kommunisere med andre språk enn norsk og engelsk. Spørsmålet er da om det «andre» språket ressurspersonen behersker kan brukes på et helseparty. For eksempel behersker XX arabisk, men arabisk ble ikke brukt på disse helsepartyene. Det var kun norsk som ble brukt. På party 5, var verten (prosjektlederen fra NAV) tydelig på at alle gjestene skulle kommunisere på norsk. I tillegg hadde ikke gjestene et felles språk. På helseparty 6 og 7, delte ikke ressurspersonen og gjestene samme språk. I tillegg kan vi spørre om alle personer med etnisk minoritetsbakgrunn behersker, eller beherske godt, et annet språk enn norsk og engelsk? Hva med 2. generasjon som ble født og har vokst opp i Norge? Samtidig fins det sikkert helsepersonell uten etnisk bakgrunn som også kan beherske et annet språk godt. Så poenget mitt er at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom etnisk minoritetsbakgrunn og flerspråklig kompetanse, og når flerspråklig kompetanse er tilstede, er det ikke sikkert at den kan brukes på et bestemt helseparty. Valg av hovedressursperson går primært på faglig kompetanse, så det er vanskelig å finne én som både kan det valgte temaet og språket som gjestene bruker (hvis gjestene deler samme språk). Men ressursperson nr. 2 må ikke ha den faglige kompetansen på temaet. I pilotprosjektet var valg av ressursperson nr. 2 ofte tilfeldig, avhengig av hvem som hadde tid til å dra. En tilbakemelding til NOOR var at språklig kompetanse kan tas hensyn til i valg av en ressursperson nr.2.

En annen av NOORs argumentasjoner for ressurspersoner med etnisk minoritetsbakgrunn er at de har flerkulturell forståelse og kompetanse. Informant D snakket tidligere om at hun

opplevde at ressurspersoner som deler et eller annet felleskap med målgruppa lettere kan nå fram med samme budskap enn seg selv som ikke gjør det. Hun sa blant annet at målgruppa kan føle seg tryggere fordi de vet at de vil møte forståelser fra ressurspersonen. Så hva sa informant E (verten av party 6) om dette da? Opplevde hun også XX og hennes etniske bakgrunn som en fordel? På hvilken måte? I forrige intervju sitat fra E nevnte hun at mange av hennes gjester til vanlig var for sjenerte til å stille spørsmål. Samtalen fortsatte slikt:

E: Ja, mange av oss er sjenerte. Så det er bra å ha den tryggheten at de kan spørre.

F: Ja, jeg så mange stilte spørsmål til ressurspersonen på helsepartyet?

E: XX er veldig behagelig. Jeg tror også at de ser henne som en del av oss, ikke sant? Hun har også en etnisk minoritetsbakgrunn, og man føler en slags samtilhørighet når hun prater. Ikke sant, når hun pratet om en norsk undersøkelse [celleprøve], norske kvinner, så er vi jo også inkludert. Når vi flyttet til Norge, ble vi inkludert i statistikk, kvinner i Norge.

F: Så syns du at det XX har et minoritetsbakgrunn bidrar til at flere spørsmål fra deltakerne?

E: Ja, også, tema om celleforandring, vil de [gjestene] også ha kvinnelig lege. Så på en måte treffer XX denne gruppa. Fordi det er mange som ønsker en kvinnelig lege. Når det er en kvinnelig lege, da er de ikke sjenerte.

Informanten beskrev ressurspersonen først som «behagelig». Dette handlet om ressurspersonens personlighet og væremåte. Så snakket hun om et felleskap der gjestene kan identifisere seg med ressurspersonen – en «samtilhørighet». Igjen har ressurspersonen og gjestene ikke det samme opprinnelsesland, men dette felleskapet handler ifølge informanten om at de alle har en etnisk minoritetsbakgrunn. Fra eksempelet hennes ser vi at det hun mener er at ressurspersonen tilhører den samme kategorien som gjestene i statistikken: kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn, innvandrerkvinner, eller hva man vil kalle det. Det vil si at når E snakket om «vi» – «når vi flytter til Norge, er vi inkludert i statistikk» – er ressurspersonen inkludert. Dette handler om en felles posisjonering i forhold til norskhet, en minorisert posisjon. Så forklarte hun videre at denne fellesposisjonering der gjestene identifiserer med ressurspersonen ikke bare handler om etnisitet, men også om kjønn. Mange av gjestene, eller mange i denne gruppa, ønsket en kvinnelig lege når temaet var relatert til kvinnesykdom og reproduksjonshelse. Samtidig ser vi at ressurspersonens bruk av statistikk under et helseparty har bidratt til en styrket norsk tilhørighet blant gjestene.

Så åpenbart er både informant D og E positiv til bruk av ressurspersoner med etniskminoritetsbakgrunn. Mens D snakket mer generelt om personer med minoritetsbakgrunn var E mer spesifikk om XX, da hennes beskrivelse av XX var mer personlig. Men handler dette om flerkulturell forståelse og kompetanse som NOOR hevder? Det er selvfølgelig avhengig av hva slags innhold vi skal legge i begrepene «flerkulturell forståelse» og «flerkulturell kompetanse». Jeg har i flere år undervist om nettopp disse temaene i sosialt arbeid ved Nord universitet. Faglig sett omfatter flerkulturell forståelse og kompetanse forståelse og kunnskap om begrepet kultur, kulturens relevans i skapning av forskjell og konflikt, ulike perspektiver på flerkulturelle problemstillinger (særlig et minoritetsperspektiv), kunnskap om etniske relasjoner i et flerkulturelt samfunn, kunnskap og ferdighet om flerkulturell kommunikasjon, osv. (Se for eks. Otterstad, 2008; Rugkåsa, 2008; Vik og Eide, 2008; Berg og Ask, 2011). Utfordringen med disse undervisningene har vært at det er vanskelig å konkretisere, eller «måle» «flerkulturell kompetanse» i praksis. Det er ofte en implisitt antakelse om at en person med etnisk minoritetsbakgrunn etter all sannsynlighet har bedre flerkulturell kompetanse enn en uten, fordi denne person jo sitter med et minoritetsperspektiv som et resultat av sin posisjon eller posisjonering i samfunnet. Men jeg vil stille disse spørsmålene: Har alle personer med etnisk minoritetsbakgrunn et minoritetsperspektiv? Hvor mange minoritetsperspektiv finnes det? Kan det hende at flere minoritetsperspektiv er omstridt? Jeg stiller disse spørsmålene fordi majoritet(er) og minoritet(er) ikke er faste og stabile posisjoner eller kategorier (Brah, 2003, Berg et al. 2010, Zhao, 2012). De er relasjonelle og situasjonsavhengige. I tillegg er de skapt av sammensatte virkningen av flere kategorier, i tillegg til etnisitet, som for eksempel, rase, kjønn, og klasse, som ofte er analysert via begrepet interseksjonalitet (Staunæs 2004, Berg et al. 2010; Zhao 2013).

Både D og E nevnte forståelse, dvs. at en ressursperson med etnisk minoritetsbakgrunn ville ha en bedre forståelse for målgruppas spørsmål og situasjoner. Men hvordan ser ressurspersonen selv på dette? Med tanke på dette har jeg også gjort et intervju med XX.

Forfatter: Du er jo selvfølgelig en fagperson, men samtidig er du jo også en minoritetskvinne. I hvert fall er dette veldig synlig i mitt data materiale. For eksempel, de som deltok på party hos [informant E] sa at du på en måte er «en av oss». Så hva syns du om dette da?

XX: Jeg vet ikke. Kanskje de som var på dette partyet hadde truffet meg før på sykehuset, enten ved fødsel eller i en annen sammenheng. Når noen kjenner deg, opplever deg som hyggelig og flink, sprer det seg også et rykte om deg, hun er bra, hyggelig eller hun er slem, ikke sant? Også vertinnen kjenner meg godt, og det syns jeg har skapt trygghet blant hennes gjester. Det gjør at de føler seg trygg på meg. Derfor syns jeg vertinnen er veldig, veldig viktig.

Når jeg nevnte at hun ble ansett som «en av oss'» av gjestene på helseparty nr. 7 og 8, er jeg da interessert i XXs posisjonering. Men hun ga meg en forklaring på hvorfor det ble en slags nærhet mellom gjestene og henne. Her nevnte hun at vertinnen (og flere av gjestene) kjente henne godt fra før, og det kan ha bidratt til at hele gjengen hadde tillit til, og følte seg trygg på henne. Det var i hvert fall slik hun tolket «en av oss». Så spurt jeg henne videre:

F: Du er jo lege, en fagperson. Men opplevde du at du også var en privatperson, en innvandrerkvinneperson på helsepartyet?

XX: Ja, jeg opplevde det som et party, ikke bare helseparty. Det var en veldig god stemning, og vi har gode kjemi med hverandre. Ja, jeg vet ikke.

F: Men du kjente deg mest som en lege eller?

XX: Nei, jeg var lege kun når jeg hadde undervisningsdel [presentasjonen]. Vi hadde mye hyggelig prat både før og etter det. Da var jeg ikke lege lenger.

Fremdeles snakket hun ikke eksplisitt om sin posisjonering i forhold til gjestene. Men det som er interessant her er at hun mener party 7 og 8 er også et ordentlig party, ikke bare et helseparty. Dette står i kontrast til hennes tidligere svar da jeg spurt henne om hun vil beskrive helsepartyet på NAV som et helse-PARTY. Da svarte hun at på et helseparty skal man ikke komme for å danse, og fokuset skal være på helse. Når hun sa at party 7 og 8 ikke bare var helseparty, men også party, mener hun at det hadde både faglige og sosiale deler, i hvert fall mye mer tydelig enn på partyet til NAV. Og i den sosiale delen opplevde hun at hun ikke var en lege lenger og at hun var frigjort som en vanlig privat gjest.

Denne fortolkningen er også basert på mine observasjoner. På helseparty 7 møtte hun for første gang denne gruppa kvinner, og hun var i starten ganske anstrengt. Når verten og gjestene inviterte henne til å spise mat sammen, takket hun nei på en veldig høflig måte. I presentasjonen og etterpå når hun svarte på spørsmålene, opptrådte hun både profesjonelt og hyggelig, og det var ikke prat om andre ting enn temaet. For å si det enkelt, oppfattet jeg

henne som meget faglig, men lite personlig. På helseparty 8, derimot, var hun mye mer frigjort. Hun spiste maten sammen med gjestene før presentasjonen, og diskuterte også mat med gjestene. I presentasjonsdelen var hun, men også gjestene, mye mer avslappet enn forrige gang. Det var flere spørsmål og diskusjoner underveis slik at presentasjonen ble mindre formell. Etter presentasjonen serverte verten frukt. Da begynte verten å dele sin erfaring med overgangsalder, som var temaet for helsepartyet. Det førte til en diskusjon med mye latter. Så begynte XX også å dele sin private erfaring som en vanlig kvinne som også hadde plagene i sin overgangsalder. Hun ble plutselig en del av diskusjon hvor hun ble personlig, og ikke lenger var lege. Dette var et interessant moment på helseparty 8. Etter at hun hadde delt sine personlige erfaringer, var det flere gjester som kom med sin personlige historie. Jeg var på dette helsepartyet litt lengre enn XX. Etter at hun dro, sa en gjest:

Det er så bra at vi kan dele litt erfaring med hverandre. Da vet jeg at jeg ikke er alene med disse plagene, svetting, humørendring eller noe sånt. Hun XX hadde jo også disse plagene.

Tydeligvis var vedkommende veldig lettet da hun plutselig visste at hun ikke var alene om å oppleve overgangsalder som plagsomt. Dette tyder på at helsepartyet, ved å samle folk for å snakke om helse og dele erfaringer, i seg selv har en god effekt på helse, særlig på psykisk helse.

Informant D, prosjektlederen fra NAV, sa at når en ressursperson selv hadde etnisk minoritetsbakgrunn, eller deler en viss kulturell og religiøs bakgrunn med målgruppa, vil samme informasjon nå fram på en helt annen måte enn når en ressursperson ikke har det. Jeg har også diskutert dette med XX.

Forfatter: Opplevde du at du hadde en fordel i forhold til å nå ut med informasjon til målgruppa siden du selv har etnisk minoritetsbakgrunn?

XX: Ja, fordi jeg har også opplevd krig og vanskelig helseforhold. Så jeg har noe i bakgrunnen min som kanskje gjør meg i stand til å forstå hvordan disse kvinner har hatt det. For eksempel vet jeg at mange kvinner føder uten smertestillende. Jeg har selv født barn. Så jeg vet hvordan det er uten smertestillende. Så både bakgrunnen min, og at jeg selv har barn, og at jeg har sett hvordan systemet fungerer i dette landet, i mange år nå, så alle disse tingene gir meg en kunnskap og innsikt som jeg gjerne vil dele videre til dem som nettopp har kommet til dette landet, eller er i en situasjon hvor de ikke forstår eller har en kulturell mistro, eller

hva jeg skal si, som gjør at det er vanskelig for dem å forstå eller akseptere, eller tilpasse seg. Så jeg vil bidra til at de vil få en bedre forståelse.

F: Så du opplever at du har en fordel?

XX: Absolutt! Ja.

XX sa seg enig i at hun kan ha en fordel i informasjonsformidlingen til målgruppa, dvs. kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn, eller mer nøyaktig, kvinner som har flyttet til Norge fra den tredje verden. Her snakket hun implisitt om sin posisjon, som hun deler med målgruppa. Og det er i denne posisjonen hun deler visse livserfaringer med disse kvinnene, både i hjemlandet («jeg har også opplevd krigen og vanskelig helseforhold») og i Norge (spørsmålet om hvordan systemet fungerer). Men i tillegg til disse erfaringene basert på en felles posisjon, snakket hun også om en annen posisjon som hun deler med målgruppa, en posisjon som er skapt av både etnisitet og kjønn: en mor som også har født barn i utlandet, uten smertestillende.

Selv om XXs minoritetsposisjon er synlig i denne fortellingen, ser vi også at hennes posisjon har beveget seg. Hun er også blitt en «insider» av systemet. Hun sier: «Jeg har sett hvordan systemet fungerer i dette landet, i mange år nå.» Det er nettopp denne dobbeltposisjonen som både en «outsider» and en «insider» av det norske samfunnet og systemet som gjør at hun kan fremstå som mer troverdig blant målgruppa.

4.5 Et eksempel av vellykket helseparty

Både NOOR og andre partnere i prosjektet ønsker spesielt tilbakemeldinger om hva som har fungert bra, og hva som kan forbedres med tanke på videre utvikling av prosjektet. I forbindelse med dette skal jeg bruke et helseparty som et eksempel for å drøfte hva et godt helseparty kan være, og hva som gjorde dette helseparty bra. Men før drøftingen vil jeg understreke at hvert helseparty var unikt med forskjellige aktører, behov, formål, materielle og situasjonelle forhold, noe som gjør det vanskelig å sammenligne dem. Hverken NOOR som foredragsgiver eller jeg som forsker har intensjoner om å bedømme disse svært ulike helsepartyene. Som nevnt har NOOR en intensjon om å teste modellen helseparty i ulike sammenhenger, og praksis for å kunne utforske modellens potensiale. Det kan være fordelaktig at helsepartyene ble gjennomført på forskjellige måter da dette er et

pilotprosjekt, hvor ingen på forhånd visste hvordan helsepartyet i praksis skal og skulle være. Det finnes ikke én versjon av hva som er et godt helseparty, men mange. Men eksemplet som jeg nå skal bruke er helseparty nr. 7. Jeg valgte denne fordi dette partyet lignet mest på hvordan NOOR har definert helseparty i prosjektbeskrivelsen (se 1.3), dvs. at gjestene var mest aktive, og temaet ble diskutert i sammenheng med individenes livserfaringer, eller rett og slett de interaktive og reflekterte aspektene av begrepet «health literacy» som NOOR bruker i argumentasjonen for helseparty.

Som jeg tidligere har vært inne på, er helseparty et resultat av samhandling og samvirkninger av mange menneskelige og ikke-menneskelige aktører og forhold. Dette innebærer at det ikke var enkeltaktører eller forhold som gjorde at et helseparty ble bra, men kombinasjonen av de ulike aktørene og forholdene. Jeg vil derfor belyse hvorfor dette helsepartyet blir betegnet som særlig vellykket. Eller mer konkret, hva som ble lagt til rette for at det ble mer aktiv deltakelse fra gjestenes side.

1. Temaet var bestemt kollektivt av gjestene selv.

Som vi husker var dette helsepartyet en fortsettelse av helseparty nr. 6 hvor gjestene og verten fant ut at de skulle ha et helseparty til. Temaet overgangsalder ble da og valgt kollektivt. Så det fantes både interesse og kunnskapsbehov for dette temaet.

2. God dynamikk i gruppa

Verten og gjestene tilhører en gjeng som møtes veldig ofte. De kjenner hverandre veldig godt, og har nære relasjoner. Dette skapte en trygghet og en god dynamikk under helsepartyet. Det førte også til at det var lett å delta i samtaler og diskusjon. Når en begynte å spørre, hadde det også en synergieffekt, dvs. det fører til flere spørsmål fra de andre gjestene.

3. Relasjon og tillit var allerede etablert mellom ressurspersonen og gjestene

Siden det var den samme ressurspersonen som på det forrige helsepartyet, var det allerede etablert god kjemi og tillit mellom ressurspersonen og gjestene. I tillegg hadde begge partene erfaringer med helseparty, så det var ikke lengre usikkerhet rundt hva et helseparty skulle være. På dette helsepartyet var ikke bare gjestene mer avslappet, men også ressurspersonen mer frigjort.

4. Verten hadde gode erfaringer med å arrangere party med god mat, siden det var noe gruppa ofte gjorde. Det var også slik at mange av gjestene hadde forberedt mat sammen med verten. Fra forrige helseparty hvor hun va gjest, hadde verten høstet noen erfaringer om organisering av et helseparty og om hva hennes rolle som verten er. Hun hadde også en varm personlighet og passet på at alle (inkludert ressurspersonene og forskeren) hadde det bra under helsepartyet. Samtidig oppmuntret hun andre å spørre om ting de lurte på.

5. Partyet ble avholdt hjemme hos verten. Som jeg har drøftet tidligere bidro et helseparty som ble avholdt hjemme til en hyggelig og avslappet stemning sammenlignet med helsepartyene som ble avholdt på et offentlig lokal.

Når det gjelder siste punkt, stiller jeg også et spørsmål, hva hvis dette partyet ble avholdt et annet sted, for eks. en leid kantine, eller andre lokaler man kan bruke for å avholde party? Ville det fremdeles vært gode diskusjoner? Svaret er sannsynligvis ja. Selv om settingen ville blitt mindre koselig, var den gode dynamikken innad i denne gruppa, som etter hvert smittet til ressurspersonene, den mest avgjørende faktoren. Samtidig viser det at *dynamikken kan utvikles underveis i et eller flere helsepartyer blant samme gruppe*. Det kan dermed være lurt å avholde flere helseparty blant samme gruppe.

4.6 Kort oppsummering:

I dette kapitlet har jeg kartlagt aktører i gjennomføringen av helsepartyene. Med bruk av ANT, har jeg også inkludert ikke-menneskelig aktører for å belyse betydningen av de materielle forhold til gjennomføringen av helsepartyene. Når det gjelder menneskelige aktører, ser vi at selv om det var individer som møtte opp på helsepartyene, var det en tydelig og sterk tilstedeværelse av organisasjoner med sine egne formål og agendaer. Ved å kartlegge de ulike aktørenes formål og motivasjon for deltakelse i helsepartyet, viser jeg hvordan de, særlig vertinnene «oversatte» konseptet helseparty til praksis og hvordan helseparty blir til med samvirkning av disse oversettelsene. Jeg har også diskutert nytteverdien av helsepartyene ved å analysere vertinnes opplevelser og refleksjoner med hjelp av intervjudata. Helt mot slutten diskuterer jeg et interessant punkt som kom fra dataene, nemlig om en ressursperson med etnisk minoritetsbakgrunn eller innvandringsbakgrunn er en fordel i formidling av helseinformasjon til målgruppa. Jeg har da

sett på synspunkter fra både vertinnene og den gjeldende ressurspersonen selv, og perspektiver fra både en majoritetsposisjon og en minoritetsposisjon. For å svare på spørsmålet om hva som kan fungere bra i praksis, har jeg brukt helseparty nr. 7 som et eksempel for å vise hva som kan utgjøre et godt helseparty.

Kapittel 5 Konklusjon og veien videre

I dette kapitlet skal jeg oppsummere hovedfunnene fra følgeforskningen i forhold til forskningsspørsmålet *hvordan fungerer konseptet helseparty i praksis i forhold til metodens design?* I denne overordnede diskusjonen skal jeg også gi mine anbefalinger om hva som kan gjøres eller legges mer vekt på i videre utvikling av helsepartyene.

5.1 Et helseparty, mange formål og flere gode effekter

I følgeforskningen har jeg observert 7 av de totalt 11 helsepartyene. Disse 7 helsepartyene ble gjennomført svært forskjellig. De hadde ulike grupper gjester med forskjellige sammensetninger og behov; det var forskjellige aktører som stod bak og arrangerte helsepartyene; og de ble også gjennomført under svært ulike omstendigheter og situasjonelle forhold. Det fins ikke én versjon av helseparty, men mange versjoner.

I teorikapitlet skrev jeg at helseparty kan forstås som en arena hvor mange forskjellige aktørers møtes. I empirikapitlet har jeg også vist at på et helseparty møtes også ulike formål/motivasjoner som de ulike aktørene tar med seg. I disse formålene og motivasjonene er helse ikke nødvendigvis et eller det eneste fokus. Det var særlig vertenes formål og fortolkning av helseparty som var mest avgjørende i gjennomføringen av helsepartyene, hvor helseparty ble oversatt til praksis på ulike måter, for eks. som et arrangement av en innvandrersorganisasjon, en anledning til å gjenoppta kontakten med gamle venner, en del av rekrutteringsstrategi av en nyetablert organisasjon, og en del av integreringsarbeid i regi av en offentlig tjeneste.

Når det gjelder effekten av helseparty, særlig effekten i forhold til interaktiv formidling og aktiv deltakelse fra gjestenes side, viser følgeforskningen at den ikke var blitt fullt realisert fordi planlegging av gjennomføring av helsepartyene var preget av tilfeldighet. For å kunne

oppnå ønsket effekten, kreves det en del ekstra arbeid på tilrettelegging og planlegging. En viktig tilbakemelding fra følgeforskningen er dermed å revurdere organiseringen av helseparty samt å satse mer på vertene. Disse kommer jeg tilbake til i de neste punktene. Samtidig viser følgeforskningen at helseparty har andre positive effekter enn det å få helseinformasjon og –kunnskap. For eksempel, verten på party no. 6 poengterte at helsepartyet bidro til mer bevissthet til helse bl. hennes gjester, et styrket samhold mellom hennes gruppe og andre innvandrergupper, og en samhørighet til det norske samfunnet. Deltakerne på party no. 4 hvor tema er psykisk helse sa at det å kunne møtes i mørketiden på vinteren har i seg selv en god effekt på psykisk helse. I tillegg viser empirien at det ble etablert nye kontakter og nettverk på flere helsepartyer.

5.2 En sterk tilstedeværelse av organisasjonene, og helseparty bør 'privatiseres'

Som jeg viste i forrige kapittel, var mange organisasjoner av forskjellige typer involvert i gjennomføringen av helsepartyene, for eks. innvandrersorganisasjoner, offentlige organisasjoner, og brukerorganisasjoner. I tillegg fungerte de i mange tilfeller som hovedaktør, enten som vert eller som ressursperson. Aktiv deltakelse av organisasjoner har bidratt til at flere i målgruppa får informasjon om helseparty, og får deltatt på helsepartyene. Samtidig var det sånn at når en organisasjon og dens egen agenda ble sterkt representert på et helseparty, var det lett å stjele fokus fra individene og deres behov for helseinformasjon. Når en organisasjon opptre som verten selv, kan det også påvirke gjestenes oppfatning av helsepartyet, særlig i forhold til dets formalitet (en formell eller uformell hendelse) som igjen påvirker gjestenes deltakelse i informasjonsformidlingen. Dette betyr ikke at en organisasjon ikke kan være vert, men at når vi vet at en avslappet og uformell setting bidrar til aktiv deltakelse blant målgruppa, bør gjennomføringen av et helseparty skjer i en mer privat arena. Når en innvandrersorganisasjon for eksempel tar initiativ til å arrangere et eller flere helseparty, kan man 'privatisere' helsepartyet ved å oppmuntre enkeltpersoner å være vert, slik at organisasjonen ikke involveres direkte i gjennomføringen, og stemming blir mer personlig og avslappet. Organisasjonen kan heller bidra med å gi støtte til verten, fordi verten har en viktig rolle i både planlegging og gjennomføringsprosessene, noe som er mitt nest poeng.

5.3 Verten har en viktig rolle i planlegging og gjennomføringsprosesser

Det er mange aktører som er involvert i gjennomføring av et helseparty, og mange faktorer som kan påvirke gjennomføringen. Dette innebærer at koordinering i planleggingsprosessen er viktig. NOOR hadde en koordinator som skulle ta ansvar for koordineringen. Men samtidig er det verten som kjenner gjestene og de praktiske forholdene best. Flere ressurspersonene uttrykte at det å vite litt om gjestene, for eks. bakgrunn og språklige ferdigheter ville hjelpe dem til å forberede seg til presentasjonen. For eksempel, kom det som en overraskelse på ressurspersonen på helseparty 4 at halvparten av gjestene ikke kunne norsk spesielt godt. Dette førte til at hun måtte endre opplegget for å tilpasse seg deres nivå. Hvis en deltaker trenger språklig hjelp fra de andre gjester, er det verten som best vet hvem kan være «tolk» og hvor hun kan plassere dem. Det er mange slike små detaljer som kan gjøre en stor forskjell. Det er verten som har disse oversiktene.

Verten har også ansvar for å forberede den sosiale delen av helsepartyet, og passe på at alle gjestene og ressurspersonene har det bra underveis. Ressurspersonen XX nevnte også at for å unngå at presentasjonen skulle bli for formell, var det fint å legge inn flere pauser og skaper situasjoner hvor gjestene og ressurspersonene kunne prate uformelt. Det var ifølge henne vertens ansvar, siden det er hennes party. Verten kan også spille en viktig rolle for å innlede en god og uformell diskusjon ved å være en aktiv deltaker selv.

Samtidig er det vanskelig for en ny vert som aldri har vært på et helseparty tidligere å vite om sin rolle og sitt ansvar på forhånd. I pilotprosjektet hadde ressursteamet et par samlinger hvor NOOR introduserte konseptet helseparty, men det var ingen tilvarende informasjonsmøter for vertene på tross at det var nettopp de som skulle sette modellen helseparty ut i praksis. Empirien viser også at ikke alle vertene helt hadde forstått kjennetegnene til et helseparty slik som NOOR skisserte, dvs. på hvilken måte et helseparty skiller seg fra andre informasjonsmøter. Derfor kan det være grunn til å tro at NOOR burde satset mer på å gi vertene god informasjon om modellen og konseptet *helseparty*.

I tillegg ønsket NOOR i utgangspunktet flere hjemmeparty. Vi kan også stille et spørsmål om hvorfor ikke flere av vertene valgte å gjøre det? Hvorfor ville de ikke arrangere helseparty som en privatperson, men heller på vegne av sin organisasjon? Informant E uttrykte i intervjuet at det krevde mye mer å arrangere et privat helseparty hjemme enn det å arrangere et helseparty på vegne av sin organisasjon. Det kan være en av grunnen til at så

mange ikke ville arrangere hjemmehelseparty. Vilje til å gjøre det er en ting. Ressurs og kapasitet til å gjøre det er en annen ting. For eks. har alle et hjem som er stort nok til å arrangere et party? Statistikk fra SSB viser jo at innvandrerbefolkning generelt sett har dårligere boforhold enn resten av befolkningen (Blom, 2012). I tillegg koster det både tid og penger å forberede mat og drikke for en gruppe mennesker. I pilotprosjektet fikk alle ressurspersonene honorar for sin innsats, men ressurspersonene fikk ingen støtte for å gjennomføre helseparty⁷. Fra min kommunikasjon med prosjektlederen og andre i arbeidsgruppa ved NOOR er mitt inntrykk at vertens rolle og ressursbruk til en viss grad ble oversett, og det ble tatt for gitt at alle skulle forstå kjennetegnene til et helseparty. Om NOOR eller noen andre organisasjoner skal fortsette å kjøre helseparty, vil jeg anbefale dem å jobbe mer med verten og gi mer støtte til verten.

5.4 Helseparty eller «helse» + «party»?

Som tidligere nevnt hadde vertene forskjellige oppfatninger av hva et helseparty skulle være. Jeg har spurt alle informantene om hvordan de vil definere sitt helseparty som et «helseparty». For det først er det en kulturell variasjon over hva et party skal være, avhengig av informantenes bakgrunn, og hva de forventer fra et party. Samtidig viser det seg at de har ulike forståelse om forhold mellom «helse» og «party». Noen legger mer vekt på «helse» og sier at så lenge en samling handler om helse, og det finnes sosiale elementer i den, som for eksempel servering av te/kaffe, kjeks eller frukt, enten før eller etter den faglige delen, er dette et helseparty. Det er en separert og additiv forståelse av helseparty, dvs. at et helseparty er et informasjonsmøte om helse *pluss (+)* uformelt samvær med kaffe/te, noe som kan defineres som et party. Mens andre legger vekt på «party» eller den sosiale delen av et helseparty, og sier at det er på grunn av «party»-settingen hvor helse blir diskutert at et helseparty skiller seg ut fra de andre typer informasjonsformidling om helse. Det siste er en integrert forståelse av helseparty, det vil si at helseformidling og -diskusjon skal være en integrert del av et party. For eksempel, vil jeg kategorisere de tre hjemmepartyene som integrerte modeller av helseparty. Igjen handler dette om hvordan et helseparty skal organiseres og planlegges.

⁷Men alle vertene var med på trekning av et gavekort på 500 NOK.

5.5 Viktig å samle og dele erfaringene

Empirien i denne rapporten er begrenset grunnet omfanget av følgeforskningen. Det kan hende at ikke alle aspekter i gjennomføring av helsepartyene har blitt fanget opp. For eks. har jeg ikke gjort systematiske intervjuer med alle ressurspersonene, samtidig som jeg er helt sikkert på de sitter med viktige erfaringer og refleksjoner som kan supplere eller kaste nytt lys over problemstillingene. Flere av ressurspersonene har gitt uttrykk for at de ønsket en tilbakemelding fra vertene i ettertid, om hvordan de og deres gjester opplevde helsepartyene. De lurte også på hvordan de andre ressurspersonene opplevde sine helseparty. Hva kan vi eventuelt lære fra hverandre? Det er da viktig for NOOR å samle alle disse erfaringene, dele dem og reflektere over hva man kan gjøres annerledes for å forbedre konseptet og praksis i videreføringen av dette arbeidet.

Oppsummering (Abstrakt):

Denne forskningsrapporten er basert på følgeforskningen til NOORs pilotprosjekt om helseparty. Problemstillingen er hvordan helseparty fungerer i praksis i forhold til designet av helseparty som konseptet. Empirigrunnlaget inkluderer deltakende observasjoner av 7 av de totale 11 helsepartyene, intervju/samtaler med 5 av vertene og 1 ressursperson, samt uformelle samtaler med gjestene og ressurspersonene under helsepartyene. Med et teoretisk perspektiv av Actor-Network-Theory (ANT), studerer jeg et helseparty som et resultat av samhandling, samvirkning, og i noen tilfelle kompromiss av mange menneskelige og ikke-menneskelige aktører og forhold.

Følgeforskningen demonstrerer at helsepartyene ble gjennomført svært forskjellig og til viss grad tilfeldig. Det er ikke én versjon, men mange versjoner av helseparty i praksis. Det avhenger av hvilke aktører som var med i gjennomføringene, og hva slags formål/agenda, motivasjoner og fortolkning av konseptet de hadde med seg inn i gjennomføringen. De materielle og situasjonelle forhold kan også være avgjørende for gjennomføringen og utfallet av helsepartyene. De kan enten sette begrensninger på menneskelige aktørs deltakelse eller være med på å stimulere en aktiv deltakelse og samhandling. Analysen viser at ulike lokale organisasjonene var aktive og synlig aktører i mange av de gjennomførte helsepartyene. Det kan i enkelte tilfeller gjøre at helsepartyene ble gjennomført i en formell setting hvor fokuset ble tatt litt bort fra individene. Dette betyr ikke at organisasjoner, særlig innvandrersamfunn ikke kan ta initiativ til å organisere et helseparty, men at de må personliggjøre helsepartyet i organiseringen og gjennomføringen, og spiller en støttende rolle heller enn en ledende rolle. Følgeforskningen viser også at verten spiller en viktig rolle i både planlegging, forberedelse og gjennomføring av et helseparty. Det er viktig at verten får mer informasjon om konseptet helseparty, og få støtte i disse prosessene. For at et helseparty skal fungere bra er det også lurt å integrere den faglige delen vedrørende helse i selve partyet, eller at partyet skal være den settingen hvor informasjonsformidling og diskusjon om helse foregår. Samtidig viser følgeforskningen at Helseparty har mange gode effekter. Ifølge vertene og deltakerne, handler nytteverdi av helseparty ikke nødvendigvis om hvor mye nye informasjon de hadde fått, men heller om en rekke andre positive effekter i forhold til nettverksbygging, samhold og tilhørighet, og psykisk helse.

Litteratur:

- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the American Council on Science Affairs, American Medical Association (1999) Health Literacy: Report of the council on Scientific affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281, 552-557.
- Annfelt, T. (1999). *Kjønn i utdanning: hegemoniske posisjoner og forhandlinger om yrkesidentitet i medisins- og faglærerutdanning*. Dragvoll : Senter for kvinneforskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 1999.
- Baklien, B. (2004). Følgeforskning. *Sosiologi i dag*, 34(4). 49-66.
- Baklien, B. (1993). Evalueringsforskning i Norge. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 34, 261-274.
- Berg, A.-J., Flemmen, A. B., & Gullikstad, B. (2010). Innledning: interseksjonalitet, Flertydighet og metodologiske utfordringer. In A.-J. Berg, A. B. Flemmen & B. Gullikstad (Eds.), *Likestilte norskheter. Om kjønn og etnisitet*. Trondheim: Tapir Forlag.
- Blom, S. (2012). Innvandreres bostedspreferanser - årsak til innvandrertett bosetting? [Immigrants' residential preferences – explanation to immigrant dense settlement?] SSB rapport 44/2012.
- Brah, A. (2003). Diaspora, Border and Transnational identities. In R. Lewis & S. Mills (Eds.), *Feminist Postcolonial Theory*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Callon, M. & Latour, B. (1981). "Unscrewing the big Leviathan: how actors macro-structure reality and how sociologists help them to do so". In K. Knorr-Cetina & A. V. Cicourel, eds. *Advances in social theory and methodology: Towards an integration of micro- and macro-sociologies*. Boston: Routledge & Kegan Paul, pp. 277-303.
- Callon, M. (1986). "The sociology of an actor-network". In M. Callon, J. Law, & A. Rip, eds. *Mapping the Dynamics of Science and Technology*. London: Macmillan, p. 19–34.
- Djuve, A.B. (2011). Introduksjonsordningen for Nyankomne Innvandrere: Et Integreringspolitisk paradigmeskifte? Dr. avhandling. Universitetet i Oslo.
- Finbråten, H.S. and Pettersen K.S. (2012a). En norsk pilotstudie av helsesøstres oppfatninger av pasienters health literacy: helsefremmende allmenndannelse. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr 1-2012, 63-77
- Finbråten H S, and Pettersen S (2012b). Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «health literacy». *Nordic Journal of Nursing Research*, 32(3). 47-52.
- Forland, F. (eds.) (2009). *Migrasjon og Helse – Utfordringer og Utviklingstrekk*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Gjernes, T. (2004). Helsemodeller og forebyggende helsearbeid. *Sosiologisk tidsskrift*. Vol 12 143-165.
- Harnæs, Liv Andlem; van Dommelen, Wim A. (2013) Hvordan realiserer andrespråksbrukere norsk kvantitetsdistinksjon? Varighetsmålinger i norsk som andrespråk. *NOA. Norsk som andrespråk*, 29(1), 53-69.
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) (2017): Jobbsjansen. Retreivd from <https://www.imdi.no/jobbsjansen/> (last accessed Jul. 9, 2017.)
- Kickbusch, I., Pelikan, J.M., Apfel, F. and Tsouros A.D. (2013). *Health Literacy, The Solid Facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Latour, B. (2000). Progress or Entanglement?—Two Models for The Long Term Evolution of Human Civilizations. Speech given at *the International Conference on World Civilizations in the New Century: Trends and Challenges*, Taipei, Taiwan, Library Taipei.
- Law, J. (2004). *After method: mess in social science research*. London: Routledge.
- Lupton, D. (2012). *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body*. London: Sage.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.
- Måseide, P. (1996). *Distribuert kunnskap*. Småskrifter. Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen: Bergen.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* (2000)15(3), 259-267.

- Parker, R. M., Baker, D.W., Williams, M. V., and Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patient's literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 537-541.
- Regjeringen (2016). Jobbsjansen. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/innvandring/innsikt/Verkemiddel-i-integreringsarbeidet/jobbsjansen/id2343473/> (last accessed Jul 9, 2017.)
- Rugkåsa, Marianne (2010) Etniske minoritetskvinneres inntreden i arbeidslivet og konsekvenser for barn og familieliv. I Eide, Ketil og Vike, Halvard (eds) *Over profesjonelle barrierer. Et minoritetsperspektiv i psykososialt arbeid med barn og unge*. Polen: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Spilker, R.S., Indseth, T. og Aambø A. (2009). Tilstandsrapport: Minoritetshelsefeltet i Norge. Oslo, NAKMI.
- Spilker, R. (2016). God helse til alle, Introduksjon til Helsefremmende Allmendannelse (health literacy), Konferanseinnlegg, Kvinnehelse i Nordland – minoritetshelse i fokus, Bodø 14.april, 2016.
- Sletvold, Jon (2013). «Sier du det» – et karakteranalytisk perspektiv på emosjoner i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 50, nummer 8, side 795-801.
- Staunæs, D. (2003). Where have all the subjects gone? Bringing together the concepts of intersectionality and subjectification. *NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 11(2), 101-110.
- Steien, Guri Bordal; van Dommelen, Wim A. (2016) The production of Norwegian tones by multilingual non-native speakers. *International Journal of Bilingualism*. (DOI: <https://doi.org/10.1177/1367006916673218>) 1-14.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S. et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.
- WHO (2009). Background Note: Regional Preparatory Meeting on Promoting Health Literacy. UN ECOSOC, 2009. Retrieved from <https://www.un.org/ecosoc/en/newfunct/pdf/ChinaMeetingHealthLiteracyBackgroundPaperv2.pdf> (accessed 29 May, 2017)
- Zhao, Y. (2013). Intersectionality, the production of difference and Norwegian transnational adoptees identity work, *NORA – Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 21(3),201-217.

Vedlegg 1: Prosjektbeskrivelse

Pilotprosjekt Kvinnehelse i Nordland

«Empowerment gjennom helsefremmende allmenndannelse»

Bakgrunn for prosjektet:

Kvinnenettverket NOOR er en frivilling organisasjon i Nord Norge for kvinner. Hovedmålet med organisasjoner er å jobbe for å styrke kvinner i det norske samfunnet med fokus på kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn. Vi ønsker å nå målet vårt ved å jobbe for

- økt samfunns og politisk engasjement blant kvinner
- økt formelt og sosialt nettverk blant kvinner
- bidra til selvutvikling blant kvinner, samt synliggjøre innvandrerkvinner som en kompetent ressursgruppe i samfunnet.

For å lykkes med våre mål anser vi det som viktig å jobbe med det grunnleggende i hvert enkelt menneske, nemlig helsen. NOOR anerkjenner at god helse er en viktig forutsetning for en god livskvalitet, dermed anser vi det som viktig å styrke kvinner (med fokus på kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn) ved å jobbe for at flere får et bevisst forhold til egen helse.

I 2009 kom Helsedirektoratet ut med rapporten ”Migrasjon og helse - utfordringer og utviklingstrekk” som konkluderte med at innvandrernes helsetilstand generelt er dårligere enn helsetilstanden i resten av befolkningen. Mange innvandrerkvinner lider for eksempel diabetes type 2, i tillegg har mange blant annet vitamin D-mangel eller utilfredsstillende vitamin D-status. Forekomsten av psykiske plager, angst og depresjon er over dobbelt så høy blant innvandrere fra middel- og lavinntektsland enn blant innvandrere fra høyinntektsland og nordmenn ifølge en annen undersøkelse. Forskjellene går ikke bare på sykdomsbilde, men opplevelse av sykdom, psykisk helse og språkforståelse. Helseforskjeller relatert til innvandrere er stadfestet i flere publikasjoner. Til tross for innvandrerbefolkningens mangfold er deres helsetilstand generelt dårligere.

Det finnes ingen entydig forklaring på hvorfor det er slik, men erfaringer vi har gjort oss er at manglende informasjon om helse blant målgruppen og lite fokus på forebyggende arbeid rettet mot målgruppen er elementer som spiller inn. Mange av kommunene og fylkeskommunene har forebyggende helsetiltak og tilbud, men dette når ikke minoritetsbefolkningen i like stor grad som resten av befolkningen. Vi opplever at en av årsakene til dette er at informasjon om tiltakene som eksisterer i de ulike kommunene ikke når målgruppen. I tillegg opplever vi at mange av tiltakene ivaretar ikke behovene eller interessene til målgruppen, dermed appellerer det ikke til deltakelse.

I Norge har det hittil vært mest fokus på hvordan helsetjenestene kan møte innvandrere på en best mulig måte. Helsedirektoratets nyeste statusrapport for folkehelsearbeidet trekker imidlertid fram at det er behov for mer forebyggende helsearbeid blant innvandrere. Informasjons- og holdningskampanjer er en type virkemiddel som brukes ofte innen forebyggende helsearbeid.

Health literacy, helsefremmende allmenndannelse er en utfordring, særlig blant innvandrerbefolkningen. Studier viser at særlig befolkningsgruppen med ikke vestlig bakgrunn har lavere helsefremmende allmenndannelse. Nutbeam (2000) definerte Health literacy følgende;

«personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse.»

Internasjonale studier har vist at lav helsefremmende allmenndannelse, noe som er vanligere i grupper med lav sosioøkonomisk status og i innvandrergupper, har dårligere behandlingsresultat og mindre etterlevelse for forebyggende helseråd.

I 2012 publiserte Nordisk tidsskrift for helseforskning en norsk pilotstudie av helsesøstres oppfatninger av pasienters Health literacy: helsefremmende allmenndannelse. I rapporten konkluderes det blant med følgende;

"I det norske samfunn, hvor" ansvar for egen helse" og empowerment-strategier vektlegges, kan personer med lav helsefremmende allmenndannelse oppleve utfordringer når det gjelder å kunne ta helsefremmende og sykdomsforebyggende valg. I en helsestasjonskontekst kan lav helsefremmende allmenndannelse hos foreldre få uheldige konsekvenser for deres barns helse ...»
(<http://septentrio.uit.no>)

Innvandrerbefolkningen i Nord- Norge er liten med voksende. I følge Statistikk sentralbyrå bor det i dag ca. 48 239 innvandrere i landsdelen. Av disse er ca. 23 600 Kvinner. Alt tyder på at tallet vil øke mye i tiden fremover. I Nordland fylke har fylkestinget vedtatt i å øke tilflytting fra utlandet med 10 000 nye innbyggere innen perioden 2014 -2018. I tillegg er det mange av kommunene i landsdelen som er truet av fraflytting og jobber strategisk med å øke befolkningen gjennom økt innvandring. For å lykkes med dette er det viktig at kommunene i tidlig fase ruster opp kommunale apparater for å kunne i imøtekomme denne voksende gruppen. NOOR anser det som viktig at innvandrerbefolkningen som er bosatt i landsdelen inkluderes i dette arbeidet.

I og med at landsdelen er stor og har mange kommuner ønsker vi å gjennomføre prosjektet over tre år. Det første året ønsker vi å starte prosjektet i Nordland fylke. Det er naturlig for oss å gjøre det siden organisasjon har sin base i Bodø som er fylkeshovedstaden i Nordland. Tall fra SSB viser at det er ca. 8594 innvandrerkvinner bosatt i Nordland. I de siste årene har Bodø kommune hatt fokus på mangfolds arbeid i kommunen. Gjennom mangfolds prosjekt har kommunen blant annet videreutviklet helsesøsterapparatet og utviklet familiesentrene for å kunne nå innvandrerbefolkningen i større grad. Bystyret vedtok nylig å styrke mangfolds arbeid i kommunen, samt fokus på folkehelse i tiden fremover. NOOR anser derfor prosjektet tidsriktig og anser det som viktig at vi gjennom dette prosjektet kan styrke mangfold og minoritetsperspektivet i kommunenes helsesatsinger.

Med dette til grunn ønsker Kvinnenettverket Noor å igangsette et årlig brukerstyrt pilotprosjekt i Nordland fylkeskommune. Prosjektet skal ha som formål å styrke helsefremmende allmenndannelsen blant vår målgruppe i Nordland, samt styrke mangfolds perspektivet i kommunenes folkehelse arbeid.

Metode og fremgangsmåte

Etablere et faglig helseteam med flerkulturell kompetanse og forståelse.

NOOR ønsker i dette prosjektet å sette sammen et ressursteam som består av kvinner (gjærne med etnisk minoritetsbakgrunn) med helsefaglig kompetanse. Det er ønskelig at teamet skal bestå av lege, sykepleier, gynekolog, psykolog, barnevernspedagog og andre fagpersoner. I tillegg til det faglige skal teamet ha en flerkulturell forståelse og kompetanse. Vi anser det som viktig at teamet har språklig

mangfold, slik at de kan kommunisere på andre språk, som for eksempel engelsk og arabisk hvis det er nødvendig.

Dette fagteamet skal benyttes på tre forskjellige områder;

1. Informasjon og forbyggende arbeid direkte rettet mot målgruppen. NOOR ønsker å bruke nye metoder i dette arbeidet. Vi vil prøve en metode som er basert på «tupevare konseptet». Metoden går ut på at en person kan invitere ressursteamet hjem til seg selv. Vedkommende må også invitere venner, familie og bekjente. Personen som inviterer vil ha en rolle som vert for kvelden og kan også legge inn en bestilling på hvilket helserelaterte tema vedkommende ønsker at teamet skal fokusere på. To eller flere av teamet avhengig av tema drar på besøk til vedkommende og tar med seg nødvendig informasjon om temaet og en forberedt presentasjon om temaet. Under presentasjonen vil deltakerne få informasjon om hvordan man eventuelt kan forebygge utfordringer knyttet til tema, hva slags tilbud det finnes i kommunene og andre organisasjoner.
Det er flere grunner til at NOOR mener denne metoden legger til rette for mer målrettet og kvalitativ informasjon- og forebyggende arbeid. Tema som tas opp blir mer aktuelt for deltakerne og de ulike miljøene, siden de selv i stor grad bestemmer tema. I tillegg er deltakerne på kjent arena og med kjente folk, dermed kan de føle mer trygghet. Vi tror dette bidrar til annen dynamikk som kan bidra til konstruktive diskusjoner. I tillegg tror vi at denne metoden vil bidra til at vi lykkes i større grad med økt kunnskap og bevisstgjøring blant målgruppen.
2. Jobbe mot kommunene for å øke deres flerkulturelle innsikt og fokus. Vi ønsker å gjøre teamet tilgjengelig for kommunene som er med i prosjektet. Ressursteamet kan brukes til fagdager, seminarer og andre aktiviteter kommunene selv har ansvar for. NOOR vil også gjennom prosjektet arrangere ulike faglig arrangementer hvor vi legger til grunn erfaringer og utfordringer kommunene som tjenesteyter har på feltet.
3. Jobbe mot frivillige helseorganisasjoner, foreninger og støttegrupper. Erfaringer tyder på at mange helseorganisasjoner og foreninger ikke har mange medlemmer med minoritetsbakgrunn. Vi tror dette i stor grad skyldes lite informasjon rettet mot målgruppen. I tillegg opplever NOOR at mange av foreningene og organisasjonen i lite grad imøtekommer behov som eksisterer blant målgruppen. NOOR ønsker gjennom dette prosjektet å samarbeide med de ulike helseorganisasjoner og foreninger for å rekruttere flere med etnisk minoritetsbakgrunn. NOOR anser denne delen av prosjektet som viktig av ulike grunner. Først og fremst anser vi det som et ledd i vårt arbeid om å styrke nettverket blant kvinner. I tillegg anser vi at dette kan ha positive psykiske og helsemessige effekter på individnivå. Altså er dette en viktig del av det forebyggende arbeidet.

Fokustema

Temaene vi ønsker å fokusere på er ikke fastsatt på dette tidspunktet. Dette fordi det er ønskelig at ressursteamet og samarbeidskommunene skal være med på å bestemme hva slags tema som prosjektet skal fokusere på. Basert på våre erfaringer kan følgende tema være relevant for målgruppen.

- Psykisk helse	- Kvinnesykdommer	-Livsstil relaterte
Psykiske lidelser Tvang ekteskap Barnevernet/barneoppdragelse Ekstrem kontroll Ungdom og identitet	Gynekologisk undersøkelser Sexundervisning Prevensjon og graviditet	Helseutfordringer Overvekt Diabetes Kosthold / ernæring

Målgruppen for prosjektet

Alle kvinner bosatt i Nordland, med fokus på kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn. I tillegg er kommunene og frivillige helseorganisasjoner i fylke en målgruppe.

Målet med prosjektet

Hovedmål:

Gjennom dette prosjektet ønsker NOOR å bidra til økt helsefremmende allmenndannelse blant kvinner i Nordland, samt styrke minoritetsperspektiv i helsesektoren i kommunene og frivillige helseorganisasjoner.

Delmål:

- Bidra til økt kunnskap om norsk helsesystem blant målgruppen.
- Bidra til økt kunnskap om de ulike helseutfordringene som er vanlig blant målgruppen, hvordan kan disse utfordringene forebygges?
- Jobbe aktivt for at kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn benytter seg av eksisterende tilbud som finnes i kommunene.
- Styrke minoritetsperspektivet i kommunenes tilbud og tiltak.
- Bidra til å styrke minoritetsperspektivet i frivillige helseorganisasjoner og foreninger, samt rekruttering av etniske minoriteter.

Forutsetninger for å lykkes med gjennomføringen

Det er flere elementer som vil være avgjørende for at dette prosjektet lykkes.

Først og fremst anser vi det som viktig å engasjere prosjektkoordinator / arbeider som kan organisere aktivitetene og koordinere ressursteamet. Koordinatoren vil også ha ansvar for å holde dialog med kommunene og de frivillige aktører som er naturlig å ha med i prosjektet.

For det andre er det viktig at de riktige personene er med i ressursteamet, slikt at teamet oppleves faglig sterk. Vi har mange dyktige kvinner i Nordland som kan være viktige ressurser for prosjektet. Mange av dem har helseerfaring fra sine hjemland og har også jobbet i Norge i mange år.

For det tredje anser vi det som en viktig forutsetning at kommunene er med på prosjektet både som samarbeidspartnere og som målgruppe. For å klare dette er det viktig at vi starter dialogen med kommunene på et tidlig tidspunkt. NOOR har allerede introdusert prosjektet for Bodø kommune og responsen var utelukkende positiv. Vi anser det som viktig å ha med Bodø kommune, blant annet kan det gjøre det enklere å få med andre kommuner i Nordland.

Organisasjon mot offentlig diskriminering (OMOD) er en viktig samarbeidspartner i dette prosjektet. De har lang erfaring med å jobbe mot det offentlige og denne erfaringen vil være nyttig i dette prosjektet. NOOR har og gode erfaringer med å samarbeide med OMOD. Organisasjonene har hatt samarbeid knyttet til LOFT (likeverdig offentlig tjeneste). Dette samarbeidet har blant annet medvirket til dette prosjektet. I tillegg har vi hatt et samarbeid rundt brukermedvirkning i det norske helsevesen. OMOD har et stort nettverk som også vil være en styrke for prosjektet.

Samarbeid med andre innvandrers organisasjoner i Bodø anser NOOR som styrke for prosjektet. NOOR ønsker å gå i dialog med blant annet den Filippinske foreningen, Norsk- russisk forening, Somalisk kultur forening, Nordland Islamsk kultursenter og den Kurdiske kultur foreningen alle om et samarbeid.

Internt i styret til Kvinnenettverket NOOR har vi også mange gode forutsetninger for å lykkes med prosjektet. Styret har bred erfaring og kompetanse. Et av styremedlemmene våre er sykepleier og jobber som avdelingsleder ved kirurgisk avdeling på Nordlandssykehuset. Hun har et faglig nettverk som er viktig for dette prosjektet.

Styreleder har tilegnet seg nyttig erfaring og kompetanse ved å være med i to regjeringsutvalg. Hennes aktive deltakelse i Kontaktutvalget mellom innvandrerbefolkningen og myndighetene (KIM) har gitt henne en bredt forståelse av migrasjonsfeltet. I tillegg har hun vært med i utvalget for ungdommenes maktutredning i 2010, ledet av Trond-Viggo Torgersen. NOOR har ellers stor medlemsmasse med ca. 100 medlemmer. Blant disse har vi mange med relevant kompetanse som kan benyttes i prosjektet.

Vurdering av prosjektets verdi.

Dette prosjektet har stor verdi på ulike nivå, på individnivå, gruppenivå og på samfunnsnivå. Det enkelte individ blir styrket gjennom mer informasjon og bevisstgjøring. I tillegg kan dette prosjektet ha en stor betydning for innvandrerbefolkningen i Nord-Norge som gruppe. Prosjektet kan bidra til at helsetilbud og tiltak i deres kommuner blir i større grad tilpasset deres behov. Prosjektet har også en samfunnsmessig verdi i og med at den styrker kommunenes flerkulturelle kompetanse og ressurs, noe som kan bidra til at kommunenes helsetilbud og tiltak når flere i kommunen. Noen som igjen kan bety at folkehelsen i kommunene blir styrket.

Ønsket resultatet og effekt

- Flest mulig innvandrerkvinner skal få mer informasjon om helse.
- Kommunene vurderer egne helsetilbud og helsetiltak med et flerkulturelt perspektiv.
- Flere frivillige helseorganisasjoner og foreninger styrker flerkulturelle perspektivet i deres tilbud og tjenester.
- Økt deltakelse blant innvandrerkvinner i frivillige helseorganisasjoner og foreninger

Overføringsverdien som ligger i prosjektet

NOOR er opptatt av overføringsverdien i prosjektet. Derfor er vi opptatt av å utvikle en metode som er ukomplisert og konkret. I tillegg er det viktig for oss at metodene og fremgangsmåten kan benyttes på andre områder. For å gjøre prosjektet mer overføringsbar, har vi fokus på dokumentasjon og evaluering underveis slik at NOOR kan dele sine erfaringer med andre organisasjoner og

kommuner. I tillegg ønsker vi gjennom vårt samarbeid med OMOD videre formidle erfaringer høstet fra prosjektet til nasjonale aktører som er på feltet.

NOOR vil jobbe for å knytte ressursteamet mot andre ressurspersoner i de ulike miljøene som eksisterer, slik at deres helsefaglige kompetanse og erfaringer deles med flere, som kan være en del av et ressursteam i neste omgang. Dette styrker prosjektets overføringsverdi.

Prosjektperiode

2015 Gjennomføring av pilotprosjekt

Fremdriftsplan

- Januar/ feb.: Avtale med samarbeidskommuner
- Feb./ mars: Prosjektkoordinator & referansegruppe + kartleggingsarbeid
- April/ mai: Planlegge tema & aktiviteter, sette sammen ressursgruppe
- Mai til oktober: Gjennomføring av aktiviteter
- November: Sluttrapport

Økonomi

Budsjett og finansieringskilde 2015. Tall i 1000.

Budsjett	Beløp	Finnansieringskilde	Beløp
Prosjekt koordinator	214,2	Extra-Stiftelsen	700
Kjøp av tjenester & Honorar	150	Fylkeskommunen (folkehelse)	70
Reisekostenader	70	Bodø kommune	45
Aktiviteter	150	Andre samarbeidskommuner	10
Promotering	50		
Administrasjonskonstnader	70		
Diverse	20,8		
Sum Totalt	825		825

* Prosjektet har allerede fått bevilget kr. 700 000,- av ekstrastiftelsen. Betingelsen for bevilget beløp er at det kommer i stand avtaler med noen kommuner i fylket om samarbeid og oppfølging.

Vedlegg 2, Noors brosjyre om helseparty

Information in English

Invite your family and friends to a Health party!

A health party is a nice and social gathering with friends and family, where you can get more information about health and social related topic that concerns you.

Do you, your family and friends want more information about diabetic, mental health, information about Norwegian health system or other health and social related issues?

You can invite an expert on topics you want more information about, to your health party. Our resource team consists of doctors, nurses, psychologists, educators and others with health and social competence. The resource team personalize information in regard to you and your guests' needs and wishes.

You can get information about these things:
Symptoms of illness
Preventive measures
Information about various health services in your city.
Information about relevant health organizations in your city.

This project is financed by all women in Nordland

For more information contact Kvinnenettverket NOOR

TLF: 45 033 594
K-noor@outlook.com
www.k-noor.no

Samarbeidspartnere:


Bodø Kommune
Fauske Kommune
Organisasjon mot offentligdiskriminering (OMOD)
Nasjonal kompetanseenhet for migrasjonshelse (NAKMI)
Diabetesforbundet
Astma og allergiforbundet
Stoffskifteforbundet
Filippinske foreningen i Bodø (FUB)
Norsk-russisk forening
Somalisk forening i Bodø

Prosjektet er finansiert av:

ExtraStiftelsen
Helse og Rehabilitering

Nordland
FYLKESKOMMUNE

bodø
KOMMUNE




Inviter familie, venner og kjente til et **Helse-party!**

Økt kunnskap om helse på en kreativ og sosialt måte!

«Empowerment gjennom helsefremmende allmenndannelse»

KVINNENETTVERKET
NOOR
FOR INSPIRASJON & UTVIKLING



Hva er et Helse-Party?

Et helse-party er et sosialt treff med venner, familie og kjente, hvor dere kan få mer informasjon om helse- og sosialrelaterte tema som opptar dere.

Ønsker du og din familie eller venner mer informasjon om diabetes, psykisk helse, barnevern, ernæring eller andre helse- og sosialrelaterte temaer?

Til ditt helse-party kan du få besøk av to personer fra vårt ressursteam med faglig kompetanse innenfor temaet du ønsker mer informasjon om.

Ressursteamet består blant annet av leger, sykepleiere, psykologer, pedagoger og andre med god helse- og sosial kompetanse.


Ressursteamet skreddersyr informasjon etter ønske og behov som du og dine gjester måtte ha. Dere kan blant annet få informasjon om:

- Symptomer på sykdomsbilde
- Forebyggende tiltak
- Tiltak som finnes i kommunen
- Informasjon om relevante frivillige helseorganisasjoner.

Hva slags tema kan du velge mellom?

Vertinnen av et helse-party kan velge mellom følgende hovedtema. Innholdet tilpasses etter ønske og behov.

- **Psykisk helse**
F. eks. Angstlidelser, depresjon, diskriminering, rus osv.
- **Livstilstilreltete lidelser**
F. eks. Diabetes, hjerte og karsykdommer, fysisk helse, kosthold osv.
- **Familie og relasjoner**
F. eks. Barneoppdragelse/barnevern, allergi og astma, livreddende førstehjelp, homofili, vold i nære relasjoner osv.
- **Kvinnehelse**
F. eks. Seksuell helse, svangerskap, fødsel og prevensjon, gyneskologisk undersøkelse, stoffskifte, overgangsalder osv.
- **Norsk helse-systemet**
F. eks. Helsesøster i skole, fastlegeordning, NAV osv.



Hvem kan være vertinne?

Alle kvinner i Nordland kan anses til et slikt helse-party, helt gratis!

Ansvar som vertinne.

Som vertinne bestemmer du hvor og hvem som blir invitert til din helse-party. Du bestemmer også tema. Sammen med vår prosjekt-kordinator finner dere en dato som din helse-party skal holdes. Det er krav om at du har minst fire gjester.

Vertinnen har ansvaret for det sosiale delen av samlingen, det betyr at du bestemmer hva som eventuelt skal serveres. I tillegg har du ansvar for å ordne med folk hvis noen av gjestene dine har behov for det.

Som vertinne er du med i trekning av et gavekort på 500,- i den måneden du holder helse-party.

Kort om helseprosjektet.

Dette tilbudet er en del av helseprosjektet «Kvinnenes helse i Nordland» Prosjektet er et pilotprosjekt og har som formål å styrke kvinner ved å bidra til økt helsefremmende allmenndannelse blant kvinner, med fokus på kvinner med innvandringsbakgrunn. I tillegg består prosjektet av andre aktiviteter som har som formål å styrke minoritetsperspektivet i helse-tilbudet til kommuner og helseorganisasjoner i Nordland.

Ønsker du å holde et helse party? Eller har du spørsmål? Ta kontakt

Tlf: 45 033 594
K-noor@outlook.com
Besøk oss på nettet: www.k-noor.no

Vedlegg 3: Intervjuguide partyvertinner

1. Planlegging:

Hvordan var partyplanlagt?

Hvordan fikk du informasjon om party?

Hvorfor vil du arrangere en slik party? Hvor mange og hvem var inviterte?

2. Tema

Hvordan ble tema bestemt? – hvorfor akkurat dette tema?

3. Valg av lokalet

Hvorfor valgte du å ha party på (i stedet for ditt eget hjem)?

4. Hvem er andre deltakere?

Fra samme land/region?

Tilhører samme organisasjon?

Vennekrets?

Har de bodd lenge i Norge? Språkforståelse

5. Koordinering

Hvordan var kontakt med Noor? Fikk du grundig informasjon om konsept helseparty?

Snakket du med ressurspersoner på forhånd? Spesial behov eller ønsker fra deg/dere om formidling av informasjon?

6. Opplevelse av helsepartyet

Hvordan opplevde du party? Ditt inntrykk og opplevelse?

Relevans av informasjon

Formidling av informasjon: forståelig eller uforståelig i forhold til spørsmål, faglig terminologi,

Er det lett å komme med spørsmål?

Sammenlignet med andre informasjonsmøte du har vært med på, var det noe nytt i «home party»? Hva er annerledes?

Hva som er bra og hva som kan forbedres?

Har du snakket med de andre deltakere? Er de fornøyde? Tilbakemelding fra dem?